

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

TOM XIII, ZESZYT 5

<http://piz.sanedu.pl>

Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia

Redakcja

Roman Lewandowski

Marcin Kautsch

Łódź 2012

Koszt wydania Zeszytu 5
refundowany przez Olsztyńską Wyższą Szkołę Informatyki
i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego

Zeszyt recenzowany

Redaktor tematyczny: Roman Lewandowski, Marcin Kautsch

Redakcja i korekta techniczna,
komputerowy skład tekstu: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk
Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk (poprzednio SWSPiZ):

e-mail: **wydawnictwo@swspiz.pl**

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

www.swspiz.pl/wydawnictwo

Druk i oprawa: Druk i oprawa: PPHU **TOTEM** S.C. M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 98, 88-100 Inowrocław, tel. 52 354 041

Spis treści

Roman Lewandowski, Wstęp.....	5
Rozdział I.	
PRZESZTAŁCENIA STRUKTURALNE W OCHRONIE ZDROWIA	
Bogdan Nogalski, Jarosław Waśniewski, Małgorzata Wojnarowska, Model przekształcenia organizacyjno-prawnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego	11
Marcin Kautsch, Rafał Staszewski, Funkcjonowanie i znaczenie rad nadzorczych w zarządzaniu publicznym zakładem opieki zdrowotnej.....	23
Jolanta Sielska, Maria Danuta Głowacka, Joanna Zdanowska, Finansowanie usług zdrowotnych w kontekście aktualnie wdrażanych zmian w systemie ochrony zdrowia	43
Małgorzata Paszkowska, Pożegnanie NZOZ - zmiany dla świadczeniodawców medycznych sektora prywatnego.....	57
Małgorzata Paszkowska, SPZOZ po zmianach legislacyjnych	73
Grzegorz Chałupczak, Zarządzanie w ochronie zdrowia na przykładzie kas chorych w Republice Federalnej Niemiec	85
Rozdział II.	
ZARZĄDZANIE ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ	
Barbara Kozuch, Anna Tylek, Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia	99
Ryszard Jankowiak, Przyczynek do strategii zarządzania niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej.....	113
Teresa Dryl-Rydyńska, Strategiczna karta wyników (Nephrocare Balanced ScoreCard) – polskie doświadczenia we wdrażaniu systemu pomiaru i oceny działań podmiotu leczniczego	125
Piotr Szynekiewicz, Nowoczesne metody zarządzania sprawdzone w innych branżach a specyfika sektora służby zdrowia.....	141
M.D. Głowacka, L. Mendiya, B. Bajurna, I. Nowakowska, Funkcjonowanie opieki długoterminowej na przykładzie „ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w Przybyśzowie	153

Rozdział III.

KAPITAŁ LUDZKI W ORGANIZACJACH MEDYCZNYCH

Ewa Jakubek, Maria Danuta Głowacka, Monika Matecka, Komunikacja jako element kompetencji zawodowych pracowników służby zdrowia	167
Marcin Kęsy, Stereotypy funkcjonujące w szpitalach na przykładzie badań własnych	183
Agnieszka Krawczyk-Soltys, Komunikacja interpersonalna w szpitalu w opinii personelu medycznego. Studium przypadku	199
Danuta Kunecka, Kryzys, a dobór pracowników w sektorze zdrowia	211
Katarzyna Zadros, Satysfakcja z pracy pracowników zawodów medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa śląskiego	221
Monika Matecka, Maria Danuta Głowacka, Ewa Jakubek, Kompetencje społeczne jako element kompetencji zawodowych menedżerów	239
Iwona Markowska-Kabała, Efekty komunikacji interpersonalnej w relacji pacjent – personel medyczny	251
Renata Rasińska, Maria Danuta Głowacka, Iwona Nowakowska, Kształtowanie zachowań menedżerskich przez podmiot leczniczy	267
Iwona Nowakowska, Maria Danuta Głowacka, Renata Rasińska, Efektywne zarządzanie personelem medycznym przez pryzmat wymiarów jakości pracy	279
Hanna Lewandowska, Zasoby ludzkie w strategii rozwoju poradni specjalistycznych	289
Magdalena Wysocka, Społeczna odpowiedzialność organizacji ochrony zdrowia	303
Tomasz Czapla, Ilona Świątek-Barylska, Kluczowe wartości w zarządzaniu placówką służby zdrowia (wyniki badań)	317
KOMUNIKATY	
Komunikat 1	331
Komunikat 2	335
Komunikat 3	337

Wstęp

Od połowy ubiegłego wieku obserwuje się szybki wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Zmusza to rządy poszczególnych krajów do podejmowania działań zmierzających do ograniczenia kosztów w tym sektorze. Stosowane rozwiązania idą w kilku kierunkach, albo w kierunku zwiększania udziału sektora prywatnego i wprowadzania rozwiązań prorynkowych wymuszając konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami, jak w Niemczech, albo w kierunku wprowadzania większego nadzoru państwa np. regulowania płacy personelu medycznego (Holandia). Przykład Stanów Zjednoczonych, w których ochrona zdrowia w dużo większym zakresie niż w krajach europejskich jest oparta na zasadach rynkowych, osobistej odpowiedzialności obywateli za zdrowie, nieograniczonym wyborze świadczeniodawcy oraz płatności za każdą wykonaną usługę pokazuje, że ta droga również nie jest rozwiązaniem współczesnych problemów finansowania ochrony zdrowia. System ten doprowadził bowiem do sytuacji, w której nakłady na ochronę zdrowia są największe na świecie (17,4% PKB w 2009 roku wg danych OECD), a jednocześnie kilkanaście procent obywateli pozbawionych jest ubezpieczenia zdrowotnego, osiąga on też przeciętne wskaźniki zdrowotne w porównaniu z rozwiniętymi krajami Europy, które wydają na ochronę zdrowia średnio o jedną trzecią mniej. Efektywność systemu ochrony zdrowia można uzyskać tylko wtedy, gdy będą podejmowane działania zarówno w obszarze dystrybucji środków finansowych, jak i racjonalnego gospodarowania nimi przez świadczeniodawców.

Rozdział pierwszy niniejszej publikacji obejmuje zagadnienia związane z przekształceniami strukturalnymi na poziomie organizacji i całego systemu. Transformacje systemowe w ochronie zdrowia rozpoczęte po upadku systemu socjalistycznego w 1989 roku przekształciły szpitale z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki

zdrowotnej (SPZOZ), co umożliwiło im znacznie większą swobodę działania. Jako organy nadzoru właścicielskiego zostały wprowadzone rady społeczne, które w pewnym, zakresie są odpowiednikami rady nadzorczej w spółkach kapitałowych. Autorzy tego artykułu podejmują próbę odpowiedzi na pytanie, jaką rolę pełnią rady społeczne w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej i w jaki sposób wpływają one na relacje pomiędzy właścicielem a zarządem szpitali. W dalszej części rozdziału poruszane są zagadnienia związane z funkcjonowaniem NZOZ-ów i SPZOZ-ów po wejściu w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej. Autorka między innymi argumentuje, że likwidacja tworu organizacyjnego, jakim był NZOZ, jest słusznym rozwiązaniem ponieważ do tej pory jego funkcjonowanie w obrocie prawnym m.in. ze względu na brak zdolności prawnej i dualizm w zarządzaniu (organ założycielski, kierownik) wywoływało wiele problemów.

Kolejnym tematem poruszonym w rozdziale pierwszym jest analiza podstaw normatywnych funkcjonowania w niemieckim porządku prawnym kas chorych, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji kompetencji zarządzających powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Autor zwraca uwagę na fakt, że powierzenie kompetencji zarządzających tym tak ważnym społecznie obszarem szeregu instytucjom o charakterze ubezpieczeniowym, zorganizowanym w oparciu o zasadę samorządności, bazującym ponadto na zasadzie udziału zarówno czynnika społecznego, jak i profesjonalnego w wykonywaniu powierzonych funkcji, ma bezpośredni wpływ na budowanie i wzmocnienie poczucia odpowiedzialności społecznej za stan systemu ochrony zdrowia.

W poprzednim zeszycie (4 – tom XIII) *Przedsiębiorczości i Zarządzania* przedstawiono koncepcje dotyczące zarządzania kosztami i efektywnością w kontekście finansowania usług medycznych. Natomiast rozdział drugi niniejszego wydania obejmuje zagadnienia związane z zarządzaniem strategicznym zakładami opieki zdrowotnej. Autorzy zwracają uwagę na możliwość zastosowania nowoczesnych instrumentów zarządzania, które od wielu lat sprawdzają się w przedsiębiorstwach, w zarządzaniu organizacjami ochrony zdrowia. Opisują między innymi takie koncepcje jak: *reengineering*, *total quality management*, *benchmarking*, *outsourcing*, *lean management*, zarządzanie projektami oraz organizacji

uczającej się. Dużo miejsca poświęcają wykorzystaniu w organizacjach ochrony zdrowia koncepcji Zrównoważonej Karty Wyników.

Trzeci rozdział w całości jest poświęcony zagadnieniom związanym z kapitałem ludzkim, ze szczególnym zwróceniem uwagi na kompetencje społeczne, w tym związane z efektywną komunikacją. Pomimo wrażliwości różnorodności zawodów medycznych wciąż kluczową rolę w leczeniu pacjentów pełnią lekarze. W procesie ich kształcenia poczynając od studiów medycznych poprzez specjalizację i następnie dalsze doskonalenie zawodowe, nadal niedostateczną wagę przykładana się do rozwijania kompetencji psychospołecznych, umożliwiających nawiązanie relacji terapeutycznej z pacjentem. Kluczową rolę w relacji pacjent-lekarz odgrywa prawidłowa komunikacja, związana z właściwym przekazywaniem informacji dotyczących stanu zdrowia, planowanego procesu diagnostyczno-leczniczego, przebiegu zabiegów i operacji, ryzyka związanego z wyborem konkretnej metody postępowania leczniczego i skutków ubocznych stosowanych leków. Jest to problem niezwykle ważki, gdyż jak wskazują badania naukowe, skuteczna komunikacja jest istotnym czynnikiem warunkującym poziom satysfakcji pacjenta. Dlatego należy szkolić w tym zakresie nie tylko pozostały personel medyczny, ale również pracowników recepcji, którzy najczęściej jako pierwsi nawiązują kontakt z pacjentem.

Zmiany, jakie nieustannie zachodzą w ochronie zdrowia, wymagają od kadry kierowniczej organizacji ochrony zdrowia odpowiedniego reagowania i dostosowywania swoich placówek do szybko zmieniających się wyzwań. Aby osiągnąć dobre wyniki w zarządzaniu kadry kierownicze muszą w sobie rozwijać nie tylko kompetencje „twarde” związane ze specjalistyczną wiedzą na temat finansów, prawa, ekonomii, zarządzania itp., ale również kompetencje miękkie, umożliwiające im sprawne zarządzanie sobą i innymi ludźmi w środowisku pracy. Autorzy wskazują, że kompetencje społeczno-psychologiczne, takie jak m.in. umiejętność przekazywania informacji, nawiązywania kontaktu i budowania długotrwałych relacji, wywierania wpływu czy rozwiązywania konfliktów traktować należy jako najistotniejsze czynniki umożliwiające sprawne realizowanie się w roli zawodowej oraz osiągnięcie założonych celów organizacji.

Zaprezentowane w niniejszym i poprzednim zeszycie (4) artykuły obejmują swym zakresem bardzo szerokie spektrum współczesnych problemów strukturalnych i menedżerskich w ochronie zdrowia. Poruszono w nich większość zagadnień, dotyczących współczesnej ochrony zdrowia zarówno na szczeblu mikroekonomicznym, jak i systemowym makroekonomicznym. Mam nadzieję, że zaprezentowane publikacje okażą się przydatne w dalszych dociekaniach naukowych oraz w praktyce zarządzania organizacjami medycznymi i kształtowaniu systemu ochrony zdrowia.

Roman Lewandowski

Marcin Kautsch

Rozdział I.

PRZEKSZTAŁCENIA STRUKTURALNE W OCHRONIE ZDROWIA

Bogdan Nogalski, Jarosław Waśniewski

Uniwersytet Gdański

Małgorzata Wojnarowska

Gdański Uniwersytet Medyczny

Model przekształcenia organizacyjno-prawnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

The conception of organizational and legal transforming of the University Clinical Centre

Abstract: In article was presented the idea of transformation the University Clinical Centre in unpublic institution of wholesome care. The case studied has been chosen as a representative of public medical services from various clinics.

1. Wstęp

Opisywany przypadek został wybrany z szerszego procesu prowadzonych badań dotyczących procesu zarządzania i zmian jakie zachodzić mogą w szpitalach klinicznych w Polsce. Potraktowany został jako swoiste *case study* odzwierciedlające symptomy i problemy przed jakimi stają współcześnie podmioty publicznego rynku usług medycznych. Wykorzystywane w artykule dane są danymi jakościowymi, a badany przypadek w tekście określany jest jako szpital¹.

Celem artykułu jest przedstawienie koncepcji prowadzącej do zmiany obecnego kształtu organizacyjno-prawnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz zakresu i efektywności realizowanych przez owe

¹ Kontekst i zarys problemu – szerzej patrz: [Waśniewski, Wojnarowska, 2011].

Centrum działań i zadań. Zaproponowana procedura przeprowadzenia procesu zmian i w jego wyniku zastosowania określonego rozwiązania organizacyjno-prawnego, ma na celu ochronę Centrum przed zaprzestaniem działalności z powodów ekonomicznych. W projekcie rozwiązania powstałego problemu autorzy, skoncentrowali się na racjonalizującym wykorzystaniu zasobów, umożliwiającym poprawę jakości obsługi organizacyjnej i medycznej pacjentów oraz pozyskiwanie alternatywnych źródeł finansowania. Proponowane rozwiązanie powinno doprowadzić do podniesienia konkurencyjności szpitala na rynku usług medycznych.

2. Zarys problemu

Sektor zdrowotny w Polsce [por. rys. 1], obejmuje opiekę zdrowotną, zdrowie publiczne oraz zdrowotną działalność opieki społecznej. W zakresie opieki zdrowotnej świadczone są usługi dla pacjentów – osób dotkniętych już schorzeniem. Zdrowie publiczne adresuje swoje działania do całej populacji w celu prewencji przed chorobami i obejmuje promocję zdrowia oraz profilaktykę. Natomiast działania opieki społecznej adresowane są do osób trwale wymagających zarówno świadczeń socjalnych jak i zdrowotnych [niepełnosprawnych, chronicznie chorych, starszych]².

Działania te mogą być podejmowane przez podmioty lecznicze określone w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej³, a więc: przedsiębiorców⁴, jednostki budżetowe⁵, instytuty badaw-

² Szerzej patrz: [Raport. *Finansowani...*, 2008, s. 9-10]; w ramach sektora zdrowotnego nie uwzględnia się usług związanych z edukacją profesjonalistów medycznych, badań naukowych w dziedzinie medycyny oraz niektórych działań dotyczących bezpieczeństwa zdrowotnego (bezpieczeństwo żywności, wody pitnej, a także to, co nazywamy higieną); obszary te to tzw. działalność wspomagająca sektor zdrowotny.

³ Dz. U. nr 112, poz. 654.

⁴ W rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. nr 220, poz. 1447 i nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. nr 85, poz. 459 i nr 106, poz. 622) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej.

⁵ W tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze

cze⁶, fundacje i stowarzyszenia⁷ oraz kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Rysunek 1. Sektor zdrowotny w Polsce



Źródło: [Raport. Finansowanie..., 2008].

Działalność lecznicza może być także prowadzona przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej [SP ZOZ], który może zostać utworzony przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Wszystkie te podmioty mogą także utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej.

organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

⁶ O których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. nr 96, poz. 618).

⁷ Których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej.

W Polsce według stanu na 2010 rok, funkcjonowały 16608 zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki medycznej [w tym 2733 zakłady publiczne] oraz 836 szpitale [w tym 550 publicznych].

Wśród samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej istotną rolę pełnią szpitale kliniczne zakładane przez publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Według danych Ministerstwa Zdrowia w chwili obecnej w Polsce funkcjonują 43 ZOZ-y tego typu. Szpitale kliniczne są stacjonarnymi zakładami opieki zdrowotnej, w których udziela się całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych, posiadającymi oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze. Poza prowadzeniem działalności leczniczej są one także zobowiązane do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia⁸ – co dodatkowo komplikuje i tak trudną sytuację organizacyjną i ekonomiczną tego typu jednostek.

Tabela 1. Zakłady opieki zdrowotnej w Polsce (stan na dzień 31.12.2010)

	Ambulatoryjna opieka medyczna	Stacjonarna opieka medyczna (szpitale)
Publiczne	2733	550
Niepubliczne	13875	286
Ogółem	16608	836

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale kliniczne, są quasi przedsiębiorstwami. Z jednej strony świadczą usługi będące bardziej dobrami publicznymi niż prywatnymi, realizują „wyższe” cele społeczne [związane m.in. z zapewnieniem odpowiedniego poziomu opieki zdrowotnej społeczeństwu, poprawą dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych], ich działalność podlega ciągłej ocenie etycznej

⁸ Patrz art. 89 ustawy o działalności leczniczej [Dz. U. nr 112, poz. 654].

oraz presji ze strony polityków, różnych grup interesu oraz mediów. Dodatkowo, głównym źródłem ich przychodów są kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, który jest publicznym płatnikiem posiadającym realną możliwość narzucania finansowych warunków tychże kontraktów. Nie ma tutaj mowy o kształtowaniu ceny świadczeń o oparciu o grę rynkową. Z drugiej strony mają być przedsiębiorstwami prowadzącymi działalność zapewniającą odpowiednią efektywność ekonomiczną. Sytuację pogarsza fakt, iż SP ZOZ-y posiadają dużą autonomię decyzyjną, ale niestety bez rzeczywistego ponoszenia odpowiedzialności za osiągnięte wyniki finansowe, w tym zadłużenie [CASE, Raport. *Projekt reformy...* 2005, s. 22]. W efekcie zdecydowana ich większość nie jest w stanie zbilansować kosztów z przychodami występując w sytuacji permanentnej nierównowagi finansowej [por. np. Sobczak, Czechowska, Dmowski 2009; Witczak 2009, s. 47–48].

W podobnej sytuacji znajdują się Samodzielne Publiczne Szpitale Kliniczne wchodzące w skład opisywanego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego [UCK].

Pomimo podejmowanych przez dyrekcję szpitala działań związanych z pozyskaniem zewnętrznych źródeł finansowania, szpital nie jest w stanie z bieżącej działalności zebrać nadwyżki finansowej na tyle dużej, aby móc w pełni rozwiązać problem istniejącego zadłużenia. Dzięki uzyskanej pożyczce możliwa stała się spłata wymagalnych wierzytelności, ale działania egzekucyjne wierzycieli uniemożliwiają całkowicie planowanie bieżących wydatków⁹.

W obecnym kształcie organizacyjno-prawnym działania restrukturyzacyjne prowadzące do: **zwiększenia przychodów szpitala** (m.in. skrócenie do wynikającego z zawartych umów długości cyklu wpływu należności), **optymalizacji kosztów funkcjonowania szpitala** (m.in. poprzez racjonalizację wykorzystania zasobów, w tym redukcję kosztów stałych, na przykład mediów) oraz **jednoczesnego, a zarazem realnego ułożenia się z wierzycielami**, nie rozwiązały problemów szpitala.

⁹ Szpital nie podlega już prawnej ochronie przed działaniami egzekucyjnymi umożliwiającymi mu zatrzymanie 75% kontraktu z NFZ. Koszty obsługi komorniczej sięgają nawet 15%.

3. Proces projektowania zmian i jego uwarunkowania

W związku z powyższym występuje konieczność zaproponowania i podjęcia szerszych działań, w tym organizacyjno-prawnych, w celu ochrony przed zaprzestaniem działalności z powodów ekonomicznych.

Przystępując do projektowania zmian należy doprowadzić do stworzenia rozwiązania racjonalizującego wykorzystanie zasobów, umożliwiającego poprawę jakości obsługi organizacyjnej i medycznej pacjentów oraz pozyskiwanie alternatywnych źródeł finansowania. W planach należałoby również uwzględnić możliwość rozwoju innych zakresów działalności, na przykład dziedziny badań klinicznych i ich komercjalizacji, czy też świadczenia usług medycznych nieobjętych finansowaniem przez NFZ.

Przyjęte rozwiązanie w szerszym znaczeniu powinno doprowadzić do podniesienia konkurencyjności szpitala na rynku usług medycznych oraz czytelnych relacji organizacyjno-własnościowych z uczelnią. W węższym znaczeniu – do zmiany zakresów i sposobów działania poprzez przyporządkowanie odpowiedzialności za wynik, zarówno temu podmiotowi, jak również jego częściom składowym [na przykład Oddziałom].

Oprócz poprawy sprawności systemu zarządzania – proponowane rozwiązanie – powinno również umożliwiać dokapitalizowanie podmiotu oraz jego składowych, gdyż w aktualnym stanie rzeczy majątek szpitala w dużej części jest zdekapitalizowany. W związku z tym należałoby rozważyć także [biorąc pod uwagę zalety i wady] konieczność zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitala.

Po dokonaniu analizy różnych rozwiązań, za najwłaściwsze można by uznać dwa rozwiązania. Pierwsze z nich – polega na przejęcie szpitala i prowadzenie dalszej działalności w ramach osobowości prawnej uczelni; i tak w szpitalu kontynuowany byłby proces restrukturyzacji, równolegle przygotowywane i wdrażane byłyby prace związane z likwidacją szpitala w dotychczasowej formule i powołaniem go jako jednostki organizacyjnej uczelni, niemniej jednak rozwiązanie to mogłoby pociągnąć za sobą szereg komplikacji organizacyjno-kadrowych związanych z wielkością organizacji. Drugie zaś – polegałoby na prowadzeniu dalszej działalności w ramach niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej [NZOZ] powołanego przez spółkę kapitałową [celową], w której uczelnia posia-

dać będzie wszystkie udziały¹⁰; i tak: w szpitalu kontynuowany byłby proces restrukturyzacji oraz równolegle przygotowywane i wdrażane byłyby prace związane z likwidacją szpitala w dotychczasowej formule i powołaniem go w formule NZOZ¹¹.

Obydwie formuły doprowadziłyby do formalnej likwidacji szpitala oraz przejęcia długów przez uczelnię, co wynika z Ustawy o działalności leczniczej [art. 72]. W obu przypadkach konieczne byłoby również stwo-
rzenie tzw. „*mapy drogowej procesu restrukturyzacji*” i przekazanie do ak-
ceptacji do Ministerstwa Zdrowia.

Przedstawione koncepcje restrukturyzacji wyznaczają jedynie gene-
ralne kierunki rozwoju szpitala, przy czym wariant drugi, odnoszący się
do prowadzenia dalszej działalności szpitala klinicznego w ramach
NZOZ powołanego przez spółkę celową uczelni [por. rys. 2], wydaje się
rozwiązaniem lepszym.

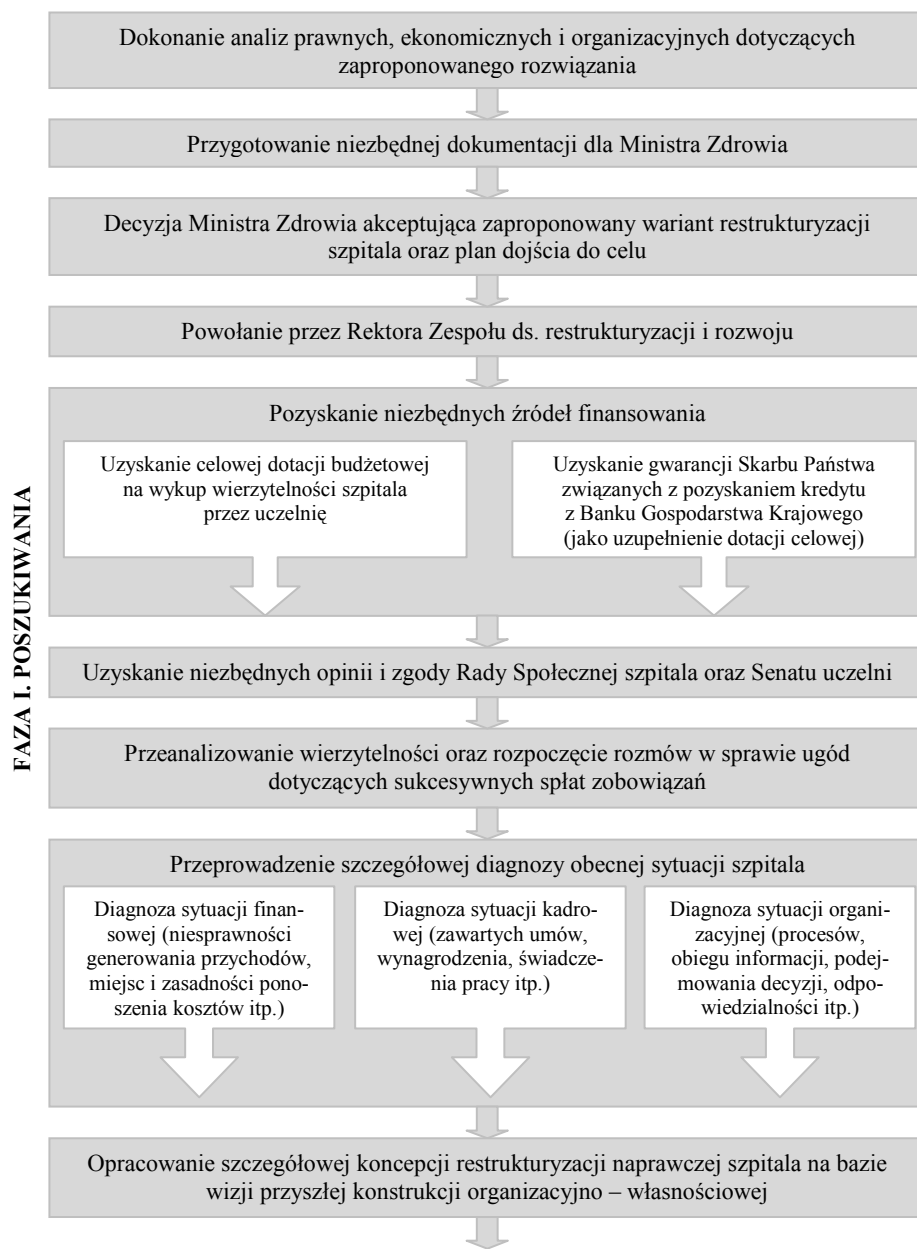
Proces projektowania zmian [ilustrowany na rys. 2] oparty został na
czterofazowej metodyce postępowania [Zarębska 2002, s. 81], w której
wyodrębnić można:

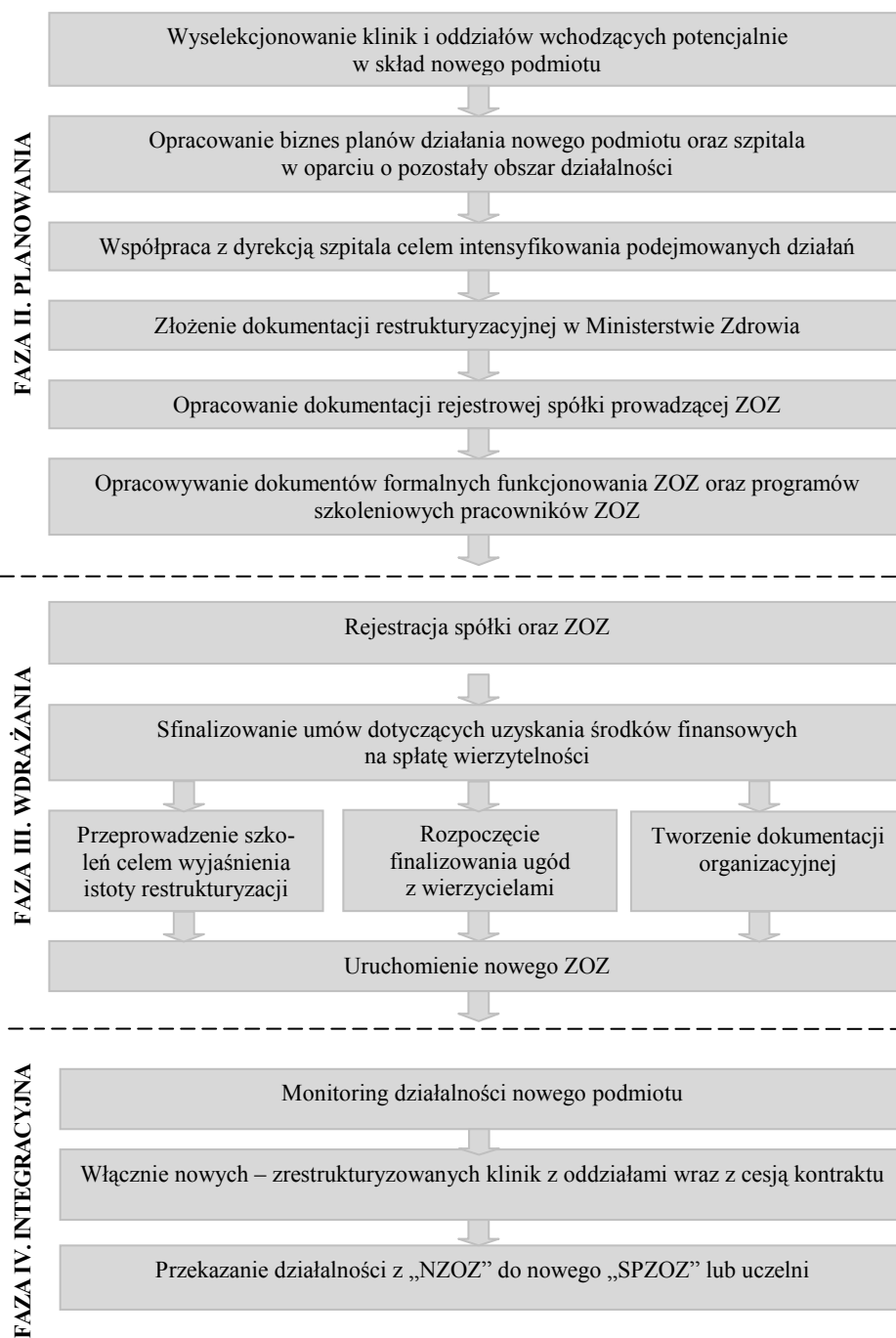
- **Fazę I: poszukiwanie** – powinna obejmować powołanie Zespołu ds. restrukturyzacji i rozwoju przy Rektorze, a następnie dokonanie niezbędnych przemyśleń i analiz skutkujących przyjęciem konkretnej koncepcji restrukturyzacji szpitala;
- **Fazę II: planowanie** – powinna obejmować konsultacje społeczne oraz szczegółowe programowanie działania w obszarze przyjętej koncepcji restrukturyzacji naprawczo-rozwojowej szpitala;

¹⁰ Zasady, według których odbywa się przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową określają art. 70-82 ustawy o działalności leczniczej [Dz. U. nr 112, poz. 654].

¹¹ Spółka nabywałaby początkowo wierzytelności od wierzycieli szpitala, a następnie przejęła działalność podstawową szpitala. Takie rozwiązanie pozwoli ochronić przekazywane fundusze na restrukturyzację przed niekontrolowaną egzekucją. W najbliższym czasie należałoby również rozpocząć prowadzenie bieżącej działalności medycznej przez uczelnię/spółkę, tak aby nowy podmiot mógł również w niedługim czasie przejąć przy-
najmniej część obecnych kontraktów z NFZ. Ta ostatnia aktywność odbywałaby się we współpracy z obecnie istniejącym szpitalem do czasu zakończenia jego działalności i przeprowadzenia formalnej likwidacji.

Rysunek 2. Koncepcja przeprowadzenia zmiany





Źródło: Opracowanie własne.

- **Fazę III: działanie** – wdrożeniowa, winna obejmować również określone w czasie etapy związane z wprowadzeniem w życie przyjętych rozwiązań obejmujących niezbędne szkolenia, a także uruchamianie kolejnych modułów przyjętego rozwiązania;
- **Fazę IV: integrację** – obejmować winna monitoring przyjętego rozwiązania doprowadzając do jego modyfikacji w zależności od tempa adaptacji do przyjętych zmian.

Przedstawiona na rys. 2 koncepcja zakłada prowadzenie działalności równoległe przez oba podmioty – nowopowstały NZOZ oraz istniejący dotychczas szpital, co wprowadzi efekt konkurencji. W nowym podmiocie powinny się znaleźć kliniki i oddziały wyselekcjonowane w oparciu o kryterium ekonomiczności działania oraz cesję kontraktu z NFZ, jak również działania komercyjne. W szpitalu kontynuowany byłby proces restrukturyzacji naprawczej w płaszczyźnie organizacyjno-prawnej, ekonomicznej i społecznej, a zrestrukturyzowane obszary działania sukcesywnie włączane byłyby w struktury NZOZ-u.

Dzięki takiemu rozwiązaniu łatwiejsza stałaby się koordynacja zarządzania wynikająca ze zmniejszenia skali działania. Dodatkowo – w sposób naturalny – wprowadzane byłyby w życie centra odpowiedzialności za wyniki. W efekcie nowy podmiot ucząc się zachowań rynkowych byłby w stanie ewolucyjnie dostosowywać się do rynku usług medycznych, wykorzystując niezbędne narzędzia zarządzania poprawiające elastyczność oraz dynamikę działania.

Spółka celowa przejęłaby działalność dotychczasowego SPZOZ na czas sanacji. Po zakończeniu procesu restrukturyzacji spółka uległaby likwidacji, a nowe struktury szpitala zostałyby przeniesione z powrotem do SPZOZ, bądź też bezpośrednio do uczelni, która oprócz działalności dydaktycznej rozpoczęłaby również aktywność leczniczą.

W celu koordynacji działań zarówno na etapie przygotowania jak i wdrażania zmian powołany zostałby przy Rektorze¹², *Zespół ds. restrukturyzacji*

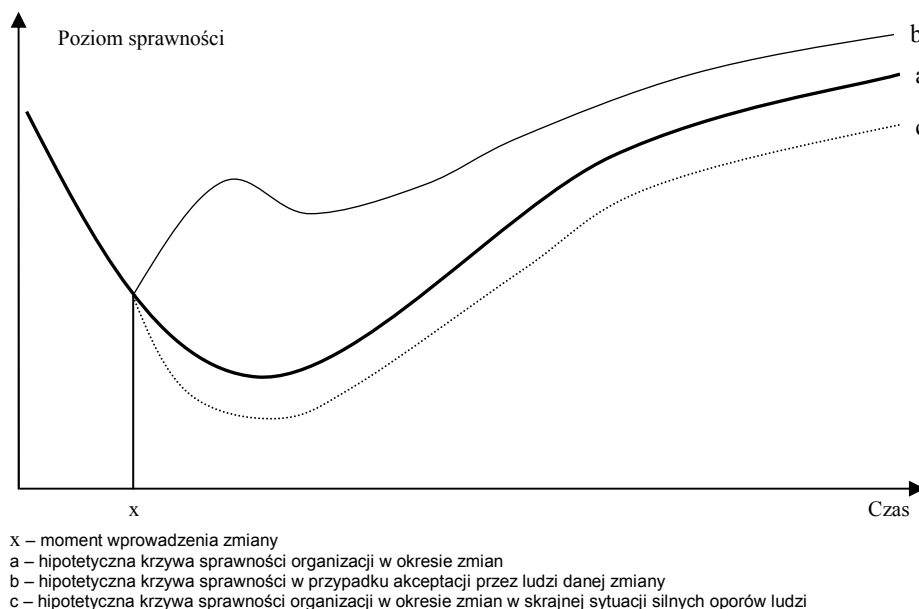
¹² Zgodnie z art. 75 ustawy o działalności leczniczej organem dokonującym przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych jest Rektor.

i rozwoju. Pełniłby on rolę doradcą dla Rektora, nadzorczą i koordynacyjną w stosunku do realizowanych procesów zarządzania tymi organizacjami.

Właściwe przygotowanie oraz wdrożenie wybranego wariantu działania wymaga przygotowania szczegółowego biznes planu przedsięwzięcia uwzględniającego nie tylko wycenę dotychczasowego majątku, ale także biorącego pod uwagę płaszczyznę organizacyjno-prawną, ekonomiczną i społeczną. Niezbędne będzie również przygotowanie dokumentacji formalnej, zarówno związanej z uzyskaniem wszelkich opinii, zgód, jak również dokumentacji rejestrowej i organizacyjnej [nowa struktura organizacyjna, regulaminy, elementy systemu zarządzania].

Aby zminimalizować ryzyko powstania oporów przeciwko zmianom duży wysiłek będzie musiał zostać włożony w ich łagodzenie oraz zachęcanie dotychczas zatrudnionej kadry do współpracy przy jej przeprowadzaniu. Zaangażowanie pracowników może bowiem wpłynąć pozytywnie na sprawność organizacji w procesie zmian lub też wywołać jej głęboki i długotrwały spadek. W skrajnym przypadku opory mogą zablokować zmianę lub spowodować, że organizacja nigdy nie wyjdzie z „dołka” [patrz: Czerska 2002, s. 468–469], por. rys. 3.

Rysunek 3. Wpływ nastawień ludzi na sprawność procesu zmian



Źródło: Czerska 2002, s. 469.

4. Zakończenie

Jak już wspomniano wcześniej kluczową rolę w każdym procesie zmian odgrywa zaangażowanie wszystkich osób związanych z procesem restrukturyzacji i zmian. Rzetelnie opracowane analizy i program działania, który dodatkowo będzie zgodny z metodyką projektowania i przeprowadzania zmian, pozwalają mieć nadzieję na pomyślny przebieg restrukturyzacji szpitala klinicznego, tak aby zgodnie ze swoją misją mógł on: realizować funkcję genotypową związaną z leczeniem pacjentów, uczestniczyć w procesie dydaktycznym oraz być wykorzystywany na potrzeby działalności naukowo-badawczej.

Literatura

- CASE, *Raport. Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce*, cz. II. Zarys reformy, Warszawa 2005.
- Czerska M. (2002), *Kierowanie zmianą w organizacji*, [w:] A. Czermiński, M. Czerska, B. Nogalski, R. Rutka, J. Apanowicz, *Zarządzanie organizacjami*, TNOiK, Toruń
- Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*. Zielona Księga II, Warszawa 2008.
- Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*. Zielona Księga II, Warszawa 2008
- Sobczak A., Czechowska D., Dmowski M. (2009), *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, CSIOZ, www.csioz.gov.pl
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654)
- Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459i Nr 106, poz. 622) Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618).
- Waśniewski J., M. Wojnarowska, *Potencjalny scenariusz usprawnienia funkcjonowania Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego – analiza przypadku*, [w] *Systemowe aspekty zarządzania organizacjami*, [red.] B. Nogalski, B. Wierzbicka, *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, Sopot 2011/4/1.
- Witczak I. (2009), *Ekonomia szpitala. Uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa.
- www.stat.gov.pl
- Zarębska A. (2002), *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa.

Rafał Staszewski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Marcin Kautsch, Ewelina Woderska

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,

Funkcjonowanie i znaczenie rad społecznych w zarządzaniu publicznymi szpitalami

The role of boards of trustees in public hospital management

Abstract: The paper discusses a range of issues related to the operation of boards of trustees in non-incorporated health care institutions based on the opinions of hospital managers. The functions and importance of these boards in management processes are discussed and key impact areas are identified. Further, the article lists some basic problems connected with the operation of boards of trustees in hospital management. Moreover, the role of supervisory bodies in the health care sector is examined in some depth and compared with the responsibilities borne by the boards. In conclusion, the authors indicate the need to introduce legal changes aimed at granting boards of trustees real power.

1. Wprowadzenie

Przekształcenia systemowe w ochronie zdrowia rozpoczęte wraz z powstaniem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz) w poł. lat 90. XX w., wprowadziły rady społeczne jako organy doradcze dla kierownika ww. zakładu oraz inicjujące i opiniodawcze dla organu założycielskiego (dziś: podmiotu tworzącego). Obowiązująca od

połowy roku 2011 *ustawa o działalności leczniczej*¹ utrzymuje – wobec podmiotów medycznych niebędących przedsiębiorcami, a więc „dawnych” sp zoz-ów – obowiązek posiadania rad społecznych. Obecny zakres kompetencji tych ciał obejmuje:

1. Przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
 - a. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - b. związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - c. przyznawania kierownikowi nagród,
 - d. rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem,
 - e. regulaminu organizacyjnego;
2. Przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:
 - a. planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - b. rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - c. kredytów bankowych lub dotacji,
 - d. podziału zysku;
3. Dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
4. Opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;
5. Wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie

Można zakładać, że rada społeczna w zamierzeniu ustawodawcy miała pełnić rodzaj publicznej kontroli nad zarządzaniem instytucjami opieki zdrowotnej i jest ona w części odpowiednikiem – przynajmniej w obszarze intencjonalnym twórców przepisów regulujących funkcjonowanie podmiotów leczniczych – rady nadzorczej. Rada nadzorcza ma jednak wyraźnie przypisaną funkcję nadzoru, nie ingerując bezpośrednio w kompetencje zarządu. Przypisana ustawowo członkom rady nadzor-

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2011.112.654.

czej odpowiedzialność daje im wpływ na zarządzanie organizacją. Czynności nadzoru są rozumiane jako pomoc w identyfikacji i późniejszym usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości. Członkowie rady nadzorczej muszą posiadać stosowne kompetencje, bo w przypadku popełnienia uchybień ponoszą oni odpowiedzialność cywilną i karną. W opinii części ekspertów z racji na umocowanie polityczne samorządu będącego właścicielem spółki, także po przekształceniu szpitala w spółkę prawa handlowego, istnieje niebezpieczeństwo powołania do rady nadzorczej osób bez odpowiedniego przygotowania (Pietrusińska, Pietrusiński 2011, s. 114). Ze względu na ww. odpowiedzialność prawną wydaje się to jednak, mniej prawdopodobne niż w przypadku rady społecznej. Nie ma bowiem żadnych wymogów dotyczących członków rad społecznych i najczęściej nie mają oni kompetencji niezbędnych do wspierania procesu zarządzania jednostką, którą wspierać powinni (Kautsch 2010, s. 84), nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za swoje działania.

Kompetentne organy doradczo-nadzorcze, poprawiają jakość decyzji strategicznych, przyczyniając się do poprawy wyników ekonomicznych organizacji. Niestety nadal niektóre rady pełnią rolę „gumowej pieczętki” i jedynie formalnie legitymują decyzje menedżerów. Wynika to z faktu, że część menedżerów wierzy bardziej we własne kompetencje niż umiejętności członków organów doradczo-nadzorczych, nie doceniając wsparcia ww. ciał dla procesu zarządzania (Jeżak 2010, s. 206–207). W prowadzonych w roku 2005 przez firmę McKinsey ogólnosięwiatowych badaniach rad nadzorczych i zarządów 76% respondentów uznało strategię i ocenę ryzyka za jedno z kluczowych zagadnień, którym rady powinny się zajmować. Można więc przyjąć, że także w opinii samych osób pełniących funkcje doradcze lub/i nadzorcze, model rady „pasywnej” odchodzi w przeszłość (Jeżak 2010, s. 218–220).

Autorzy niniejszej pracy pragną zwrócić uwagę na konieczność sprawowania rzeczywistego nadzoru (oceny) nad zarządzaniem organizacjami publicznymi. Kluczowym wymogiem jest stworzenie organu składającego się z kompetentnych osób mogących dokonać rzetelnych ocen, który taki nadzór mogłby pełnić. Część ekspertów uważa nawet, że organy nadzorcze powinny składać się z osób zatrudnionych w sektorze

prywatnym, by wzmocnić biznesowe nastawienie instytucji publicznych (Ministerstwo Skarbu Państwa 2005, s. 54–55).

Główne funkcje nadzoru wewnętrznego, regulowane przepisami prawa, w celu wsparcia procesu zarządzania, powinny obejmować (Bogacz-Miętka 2011, s. 56):

- a) funkcję kontrolną (uznawaną w literaturze przedmiotu za najistotniejszą);
- b) funkcję kadrową obejmującą ocenę pracy menedżerów;
- c) funkcję motywacyjną, obejmującą system wynagrodzeń dla menedżerów;
- d) funkcję opiniodawczą,
- e) funkcję decyzyjną, sprowadzającą się do udzielenia zarządowi zgody w sprawach zastrzeżonych prawem lub statutem organizacji.

Funkcja kontroli oraz nadzoru w przypadku podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami jest przypisana podmiotowi tworzącemu i nie jest zadaniem rady społecznej. Zgodnie z zapisami przywoływanej ustawy o działalności leczniczej, wspomniana funkcja obejmuje w szczególności realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi oraz gospodarkę finansową. Skuteczny nadzór właścicielski musi poza egzekwowaniem praw własnościowych (czyli głównie dotyczących sytuacji ekonomicznej), uwzględniać relacje jakie organizacja buduje z innymi interesariuszami np. pracownikami, dostawcami, klientami, związkami zawodowymi (Lis, Stereniczuk 2005, s. 30). Funkcja nadzoru z udziałem odpowiedniego organu pokrywa się w takim ujęciu z teorią „dobrego gospodarza” (*stewardship*), wg której zarząd i rada nadzorcza ściśle ze sobą współpracują dla osiągnięcia celów organizacji, kierując się takimi wartościami jak: zaufanie, otwartość w komunikacji, wzrost efektywności działania, orientacja na cele strategiczne (Davis, Schoorman, Donaldson 1997, s. 37).

Ustawa o działalności leczniczej (a wcześniej *ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*²), precyzuje zakres czynności rady społecznej, ograniczony w stosunku do wymienionych powyżej obszarów, jakie powinny być przypisane organowi doradczo-nadzorcemu. Omawiane przepisy nie wskazują przy tym na obowiązek konsultowania decyzji zarządu czy organu założycielskiego z radą społeczną. Określony ustawowo katalog spraw przynależny radzie społecznej należy zatem traktować jako określenie granic jej aktywności, i nie oznacza nałożenia obowiązku zasięgania opinii przez właściwe podmioty³. Ani zarząd szpitala, ani organ założycielski (podmiot tworzący) nie muszą więc z własnej woli zwracać się z wnioskiem o wydanie opinii do rady społecznej, a brak takiego wniosku nie narusza przepisów prawa. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z 11.02.2000, I SA 1603/99, LEX nr 53750 stwierdził, że „w świetle przepisu art. 46 pkt 1 lit. e (ustawy o zoz) – tylko wnioski rady społecznej publicznego zoz-u stanowią jej uprawnienie, opinie zaś są jej obowiązkiem, przy czym obowiązek przedstawienia opinii na żądanie właściwego podmiotu nie jest równoznaczny z obowiązkiem zasięgnięcia opinii przez właściwy podmiot”. Jeśli rada społeczna nie wyda opinii, a właściwy podmiot (szpital lub podmiot tworzący) nie zwróci się z wnioskiem o jej wydanie, żadna ze stron nie ponosi odpowiedzialności prawnej. Rodzi się zatem pytanie o celowość istnienia organu, którego rola opiniotwórcza i doradcza nie ma istotnego znaczenia ani dla podmiotu tworzącego, ani dla jednostki ochrony zdrowia.

Zdarzało się, że rady społeczne wносиły skargę na niezasięgnięcie opinii przez organ założycielski. Np. w 2004 roku do Sejmiku Województwa Mazowieckiego wpłynęła skarga rady społecznej SPZOZ „Meditrans Ostrołęka” na działanie organu założycielskiego związana, m.in., z niezasięgnięciem opinii rady w sprawie odwołania i powołania dyrektora zakładu. Sejmik uznał, iż rada społeczna jest jedynie organem inicju-

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U.07.14.89 – tekst jednolity opublikowany 31 stycznia 2007 roku.

³ Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na zapytanie poselskie nr 1181, dostęp on-line: <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/0B59BE6A>.

jako-opiniodawczym i w związku z tym samorząd nie jest zobligowany do żądania opinii⁴.

Jedyny obowiązek zasięgnięcia opinii u członków rady, nałożony na kierownika podmiotu *ustawą o zoz* tj. dotyczący czasowego zaprzestania działalności (art. 65a), został zniesiony *ustawą o działalności leczniczej*. Zgodnie z zapisem art. 34 tej ostatniej ustawy czasowe zaprzestanie działalności, wymaga bowiem tylko zgody wojewody, a przypadku podmiotu utworzonego przez Ministra Obrony Narodowej bądź uczelnię medyczną, uprzedniej zgody podmiotu tworzącego. Rodzi się zatem kolejne pytanie – o sens istnienia podmiotu, który – co prawda – posiada uprawnienia (co nie znaczy kwalifikacje) do wyrażania określonych opinii, jednak podmiot tworzący i zarząd podmiotu, nie są zobligowane do żądania opinii w każdej rozpatrywanej przez siebie sprawie.

Warto dodać, że statut podmiotu leczniczego może przyznawać radzie społecznej zadania inne niż wynikające zarówno z poprzedniej, jak i obecnej ustawy regulującej działalność leczniczą, w praktyce, większość zadań rady pokrywa się jednak jedynie z tymi określonymi *explicite* przepisami prawa.

W literaturze przedmiotu brak jest opracowań podejmujących próbę kompleksowej oceny rad społecznych. Jednym z nielicznych autorów zajmujących się ww. tematyką jest Maciej Dercz. Jego zdaniem, funkcjonowanie rad (biorąc pod uwagę zadania podstawione przed nimi przez ustawodawcę) należy oceniać negatywnie. Co wynika, m.in., z tego, że rada nie uczestniczy aktywnie w zarządzaniu, wydłuża proces podejmowania decyzji, rozpraszając odpowiedzialność, a katalog spraw, przypisanych radom społecznym stanowi „pomieszenie” kwestii ekonomicznych, ze sprawami kadrowymi i medycznymi (Dercz, Rek 2007, s. 315).

Opinie na temat funkcjonowania rad, jakie można znaleźć w innych źródłach (choć nie są one liczne i nie mają naukowego charakteru) także nie są pozytywne. Przedstawiciele organów tworzących uznają rady za niepotrzebne [Stec-Fus 2006, *Jaka rada na rady?*], inne opinie są podobne [Głuch 2006, *Kwiatek do kożucha?*].

⁴ Skarga bezzasadna, dostęp on-line, <http://www.archiwum.moja-ostroleka.pl/skarga-bezzasadna,1083919373,2.html>.

Autorzy niniejszego opracowania podjęli próbę oceny wpływu rady społecznej na zarządzanie szpitalami w oparciu o opinie dyrektorów wybranych szpitali. W tym celu sformułowano następujące pytania, składające się na problem badawczy niniejszej pracy:

- a) czy rada społeczna spełnia ustawowo przypisaną rolę organu inicjująco-doradczego,
- b) w jakim stopniu opinie rady społecznej wywierają realny wpływ na zarządzanie podmiotem leczniczym,
- c) w jakim zakresie uprawnienia rady społecznej są realizowane w praktyce,
- d) jak oceniane są kompetencje członków rady społecznej,
- e) w jakim zakresie rada społeczna sprawuje funkcje nadzoru, mającą znaczenie dla podmiotu tworzącego.

2. Materiał i metoda

Badanie stanowiące podstawę do opracowania niniejszego artykułu prowadzone było w grupie dyrektorów 50 szpitali, które w ostatnich latach uzyskały wysokie miejsca w rankingu Rzeczypospolitej „Bezpieczny Szpital” (opinia eksperta). Narzędzie stanowił kwestionariusz badający zarówno stopień realizacji zadań rady społecznej, jak i opinie ww. ekspertów. Badanie przeprowadzono latem i jesienią 2011 r. za pomocą ankiety umieszczonej na portalu internetowym. Celem badania było określenie, w jakim zakresie rady społeczne wpływają na zarządzanie szpitalem.

Większość respondentów stanowiły osoby sprawujące funkcje kierownicze dłużej niż 11 lat, zaledwie 4% osób pracowało na stanowisku menedżera krócej niż 5 lat.

Powyższe oznacza, że na pytania odpowiadały osoby, które można uznać za ekspertów. Jednocześnie autorzy badania, pragną podkreślić, że na przedstawione poniżej wyniki wpływ miało to, że ankietowane zakłady:

- były dobrze/bardzo dobrze zarządzane,

- znajdowały się w dobrej lub bardzo dobrej sytuacji finansowej.

W pewnym uproszczeniu można więc stwierdzić, że badano wpływ rad społecznych w sytuacji, w której zakład opieki zdrowotnej nie borykał się z większymi problemami organizacyjnymi i ekonomicznymi, co jest istotne dla prawidłowej interpretacji wyników.

3. Wyniki

Zdaniem ankietowanych rada społeczna pełni funkcje opiniotwórcze przede wszystkim w stosunku do organu założycielskiego. Jedynie 30% respondentów uznało, że znaczenie rady można określić jako duże lub bardzo duże dla zarządu szpitala, podczas gdy w odniesieniu do organu założycielskiego, wskaźnik ten wyniósł 46% (tabela 1).

Tabela 1. Spełnianie roli opiniotwórczej rady społecznej

Wyszczególnienie	Żadna	Mała	Przeciętna	Duża	Bardzo duża
Dla organu założycielskiego	8%	20%	26%	32%	14%
Dla zarządu (dyrekcji) szpitala	14%	30%	26%	18%	12%

Źródło: opracowanie własne.

Ciekawie kształtują się oceny poszczególnych elementów wsparcia procesu zarządzania (tabela 2), które – choćby w oparciu o prezentowane powyżej przepisy – powinny być przedmiotem zainteresowania członków rady społecznej. Respondenci bardzo nisko ocenili przydatność rady w ww. kwestiach – przeważały głosy „żadna” i „mała”. Największe – choć w dalszym ciągu małe – znaczenie respondenci przypisali opinii rady nt. kwestii nadzoru ekonomicznego nad działalnością szpitala oraz planowania strategicznego. Jest to związane z opiniowaniem planu finansowo-inwestycyjnego i rocznego sprawozdania z realizacji tegoż planu (26% respondentów wskazało na duże i bardzo duże znaczenie). Planowanie strategiczne (także 26% wysokich wskazań) może być tu interpretowane jako opinie nt. planu inwestycji wieloletnich, będącego częścią corocznie opiniowanego planu finansowo-inwestycyjnego. Nie jest

to zatem działanie rozumiane jako opracowanie zwartych scenariuszy rozwoju w oparciu o wizję, nowe pomysły, obszary rynkowe i rozwój kompetencji organizacji (Penc 2001, s. 47). Najniżej oceniono przydatność opinii rady w działaniach kształtujących bezpośrednio sferę usług medycznych dla pacjenta tj. planowaniu nowych obszarów działalności medycznej (66% uznało że wpływ jest żaden i mały) oraz działań pro jakościowych (58% takich wskazań).

Tabela 2. Przydatność opinii rady społecznej w zarządzaniu szpitalem

Wyszczególnienie	Żadna	Mała	Przeciętna	Duża	Bardzo duża
Planowanie strategiczne	30%	26%	18%	20%	6%
Planowanie nowych obszarów działalności medycznej	38%	28%	14%	14%	6%
Nadzór ekonomiczny nad działalnością szpitala	12%	32%	30%	16%	10%
Nadzór organizacyjny nad działalnością szpitala	24%	28%	24%	16%	8%
Działania pro jakościowe w szpitalu	30%	28%	20%	18%	4%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje, że osoby określające opiniotwórczą rolę rady dla organu założycielskiego jako dużą lub bardzo dużą, za najważniejszy obszar opiniotwórczy uznają nadzór ekonomiczny i organizacyjny. Jednocześnie osoby te wskazały, że przydatność opinii rady w zakresie planowania strategicznego jest żadna lub mała.

Blisko 42% ankietowanych, stwierdziło, że rada społeczna ma pozytywny wpływ na zarządzanie szpitalem. Wśród tej grupy, aż 93% ankietowanych uznało za bardzo przydatny element ocenę sytuacji ekonomicznej lecznicy. Natomiast wszystkie (100%) osoby oceniające neutralne bądź negatywnie wpływ rady społecznej na zarządzanie szpitalem, uznały nadzór rady nad ekonomiczną działalnością szpitala za zupełnie nieprzydatny.

Wpływ opinii rady na zarządzanie szpitalem przedstawiono w tabeli 3. Najbardziej pozytywnie postrzegane są opinie na temat planu finanso-

wo-inwestycyjnego (65%) i rocznego sprawozdania z jego realizacji (65%). Jako najbardziej negatywne/obojętne dla procesu zarządzania zostało ocenione uprawnienie rady w zakresie opiniowania zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne. Należy przyznać, w obszarze tym występują niejasności interpretacyjne, dotyczące zamiaru ustawodawcy. Czytając literalnie ten zapis, należałoby przyjąć zasadę, że rada społeczna w czasie obowiązywania *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, winna każdorazowo opiniować np. zmiany kontraktów (umów cywilno-prawnych) podpisywanych z podwykonawcami świadczeń zdrowotnych dla danego zoz-u – najczęściej z lekarzami. Biorąc pod uwagę, że w ostatnich latach umów tego typu jest bardzo dużo w związku z odchodzeniem od etatowej formy zatrudnienia – wydawanie takich opinii byłoby bardzo czasochłonne i mogłoby znacząco wydłużyć proces zatrudniania/zmian w zatrudnieniu personelu lekarskiego.

Tabela 3. Wpływ rady społecznej na zarządzanie zakładem poprzez opiniowanie

Wyszczególnienie	Negatywny	Obojętny	Pozytywny
Zmiany lub rozwiązanie umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne	17%	52%	30%
Rocznego sprawozdania z realizacji planu finansowo-inwestycyjnego	22%	17%	61%
Przekształcenia, rozbudowy, rozszerzenia lub ograniczenia działalności	22%	13%	65%
Zakupu nowej aparatury medycznej	17%	22%	61%
Zbycia środka trwałego	17%	26%	57%
Kredytów bankowych	22%	17%	61%
Planu finansowo-inwestycyjnego	17%	17%	65%
Przyjęcia darowizny	17%	17%	65%
Podziału zysku	17%	22%	61%
Dotacji	17%	26%	57%

Źródło: opracowanie własne.

Interesująco przedstawiają się wyniki dotyczące tego, kto ma rolę inicjującą w sprawie wydawanie opinii. Aż 92% respondentów wskazało, iż to dyrekcja szpitala w głównej mierze inicjuje działalność opiniodawczą, przyznając jednocześnie, że wpływ dyrekcji na funkcjonowanie rady społecznej jest w 56% duży i bardzo duży. Natomiast 42% respondentów wskazało, że bezpośredni kontakt z radą społeczną, związany z jej rolą opiniodawczą prowadzi także organ założycielski. Posiedzenia rady organizowanej są zazwyczaj od 3 do 6 razy w roku, jedynie 20% ankietowanych podmiotów rady spotykają się częściej.

W ankiecie wymieniono typowe zakresy tematyczne uchwał rady społecznej, pytając, które z nich były podejmowane przez radę w zakładach kierowanych przez respondentów w okresie 12 miesięcy od prowadzenia badania (tabela 4). W żadnym przypadku nie uzyskano 100% odpowiedzi, co oznacza, że w badanej grupie szpitali, znalazły się jednostki, których rady społeczne nie podjęły uchwały w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego. Zaledwie 52% podmiotów uzyskało opinie dotyczące analizy skarg pacjentów korzystających z usług szpitala, co potwierdza, że rada społeczna nie spełnia swojej społecznej roli organu nadzorującego działalność szpitala. Analiza skarg pacjentów winna być jednym z podstawowych obowiązków pracy rady społecznej, zważywszy na rosnącą świadomość pacjentów dotyczącą przysługujących im praw i zwiększającą się liczbę skarg. Nie należy też zapominać, o wprowadzonym nowym, uproszczonym modelu dochodzenia roszczeń pacjentów przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych⁵. Przed powyższymi komisjami, w krótkim postępowaniu bez orzekania o winie, będzie można ubiegać się o odszkodowanie i zadośćuczynienie w wysokości do 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, natomiast do 300 tys. w przypadku śmierci pacjenta. Wydaje się zatem, że rada społeczna powinna mieć dość szeroki zakres działań związany z analizą skarg pacjentów, a przynajmniej możliwość zapoznania się ze złożonymi skargami. Tymczasem ustawodawca ograniczył uprawnienia rady w analizie skarg i wnio-

⁵ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U.11.113.660.

sków o sprawy podlegające nadzorowi medycznemu, nie wyjaśniając przy tym, jak należy definiować „nadzór medyczny”. Spora część skarg dotyczy nie tylko błędu formalnego (związanego, m.in., z nieprzestrzeganiem praw pacjenta) czy organizacyjnego, ale także obejmuje błędy merytoryczne, czyli związane z działalnością kliniczną (tj. diagnostyką i terapią). Rada mogłaby podjąć się analizy tych skarg przy odpowiedniej ochronie informacji poufnych (np. poprzez anonimizację danych).

Tabela 4. Uchwały podejmowane przez radę społeczną w ciągu jednego roku

Wyszczególnienie	Procent
Opinia w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego	92%
Opinia w sprawie zmian struktury organizacyjnej	82%
Opinia w sprawie przyjęcia darowizny/zbycia środka trwałego	76%
Opinia w sprawie realizacji planu finansowo-inwestycyjnego	68%
Opinia w sprawie aktualizacji planu finansowo-inwestycyjnego	64%
Opinia w sprawie podziału zysku/pokrycia straty	60%
Opinia w sprawie analizy skarg pacjentów korzystających z usług szpitala	52%
Opinia w zakresie zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne	22%
Inne opinie i wnioski	26%

Źródło: opracowanie własne.

W zdecydowanej większości (84% przypadków), w analizowanym okresie pracy rady społecznej, nie wydała ona żadnej negatywnej opinii. Wśród podmiotów, w których doszło do wyrażenia opinii negatywnej dotyczyło to następujących kwestii:

- zatwierdzenia regulaminu porządkowego,
- zmian struktury organizacyjnej,
- opinii w sprawie planu finansowo-inwestycyjnego,
- opinii w sprawie sprawozdania z realizacji planu finansowo-inwestycyjnego,
- propozycji podziału zysku.

Blisko 90% ankietowanych, których rada wydała negatywną opinię, odwołało się od niej do własnego organu założycielskiego.

Pomimo, iż w ochronie zdrowia trudno mówić o konkurencji doskonałej (Begg i in. 2003, s. 223), w niektórych obszarach konkurencja ma miejsce. W przypadku publicznych jednostek nie chodzi o konkurowanie o pacjentów, lecz o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na tym tle, interesująco przedstawiają się składy rad społecznych. Aż 38% ankietowanych wskazało, że wśród członków rady, są pracownicy konkurencyjnych podmiotów medycznych, którzy w większości znajdują się tam z nadania organu założycielskiego (sic!). Co prawda podmioty medyczne danego organu założycielskiego nie powinny prowadzić pomiędzy sobą działalności konkurencyjnej, jednak praktyka wskazuje, że do takiej konkurencji dochodzi. Członkowie rady społecznej, mając dostęp do danych finansowych i planów strategicznych swoich konkurentów, mogą więc stanowić cenne źródło informacji dla macierzystych jednostek, rywalizujących o środki publiczne w tym samym zakresie działalności.

Odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące największych trudności organizacyjnych były dość zbliżone do siebie i nie wskazywały jednoznacznie na pojedynczy czynnik utrudniający znacząco współpracę z radą społeczną (tabela 5). Autorzy pracy pragną jednak jeszcze raz podkreślić, że analiza dotyczyła dobrze funkcjonujących podmiotów medycznych, których „pola konfliktów” czy problemy były minimalne. Mając powyższe na uwadze i analizując średnie ważone, można wskazać, że najwyższy wskaźnik uzyskała odpowiedź *brak pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów zakładu opieki zdrowotnej* (1,96). Choć czynnik ten nie został wprost uznany za element o dużym znaczeniu, jednak to on sprawiał najwyższą trudność spośród czynników, o które pytano.

Ponad połowa ankietowanych przyznała, że rada nie spełnia zamierzonej przez ustawodawcę funkcji społecznej kontroli nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych (tabela 6). W grupie, która wyraziła taką opinię było 100% ankietowanych, którzy wcześniej stwierdziło, że rada społeczna ma negatywny wpływ na zarządzanie zakładem. Większość ankietowanych (60%) wskazała także, że rada społeczna może utrudniać proces podejmowania decyzji poprzez brak prawnej odpowiedzialności

jej członków za podejmowane decyzje. W tej grupie 74% ankietowanych uznało uprzednio, że rada nie ma realnego wpływu na zarządzanie podmiotem medycznym.

**Tabela 5. Trudności związane z bieżącą działalnością rady społecznej
(0 – czynnik nieistotny, 5 – czynnik o dużym znaczeniu)**

Wyszczególnienie	0	1	2	3	4	5
Problemy organizacyjne, np., zapewnienie kworum niezbędnego do podejmowania uchwał	36%	10%	12%	18%	10%	14%
Niedostateczne przygotowanie członków rady do posiedzeń	36%	18%	18%	12%	10%	6%
Reprezentowanie interesów politycznych członków rady	32%	12%	22%	14%	6%	14%
Brak istotnej inicjatywy opiniodawczej członków rady	34%	16%	16%	12%	10%	12%
Brak pomocy w rozwiązywaniu kluczowych problemów zakładu opieki zdrowotnej	36%	14%	10%	16%	6%	18%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Opinie na temat rady społecznej

Wyszczególnienie	Nie zgadzam się	Nie mam zdania	Zgadzam się
Rada społeczna spełnia zamierzoną przez ustawodawcę rolę społecznej kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych	54%	8%	38%
Rada społeczna wydłuża procedury podejmowania decyzji	30%	4%	66%
Rada społeczna, poprzez brak prawnej odpowiedzialności jej członków za podejmowane decyzje, może utrudniać proces zarządzania zakładem opieki zdrowotnej	34%	6%	60%
Członkowie rady społecznej posiadają odpowiednie kwalifikacje, pozwalające im pełnić swoją funkcję	54%	14%	32%

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa ankietowanych negatywnie oceniła kwalifikacje członków rady do pełnienia powierzonych zadań. Analiza odpowiedzi dotyczących oceny kwalifikacji osób zasiadających w radzie wskazuje, iż brak kompetencji członków rad deklaruje 100% respondentów wskazujących na negatywny i 52% respondentów na pozytywny wpływ rady na zarządzanie zakładem.

Opinie ankietowanych nt. zmian umocowania rad społecznych były rozbieżne (tabela 7). Osoby dobrze oceniające funkcjonowanie rad wskazywały na konieczność prawnego wzmocnienia ich roli. Część ankietowanych była zdania, że rada społeczna powinna zostać zlikwidowana, a nadzór właścicielski zwiększony (co o tyle ciekawe, że menedżerowie większej kontroli nad swoimi poczynaniami), inni postulowali likwidację rady i pozostawienie obecnej struktury zarządzania. Za ledwie 14% oczekiwaloby pozostawienia kompetencji rad społecznych w obecnym kształcie.

Tabela 7. Proponowane kierunki zmian dotyczących umocowania rad społecznych

Wyszczególnienie	Procent
Należy wzmocnić prawnie rolę rady społecznej – jej uchwały powinny mieć moc wiążącą jak w radach nadzorczych	24%
Należy ograniczyć rolę rady społecznej i pozostawić jej ocenę dostępności usług, jakości świadczeń i przestrzegania praw pacjenta	16%
Należy zlikwidować rady społeczne i wzmocnić nadzór właścicielski	24%
Należy zlikwidować rady społeczne i pozostawić obecną strukturę zarządzania zakładem	22%
Uważam, że nie należy nic zmieniać w kształcie i uprawnieniach rady społecznej	14%

Źródło: opracowanie własne.

4. Interpretacja wyników

Jak wspomniano, choć odpowiedzi udzielały osoby będące ekspertami, to mogły one odnosić się sytuacji w której rada społeczna działa w warunkach lepszych niż przeciętne (wysoka jakość usług zakładu,

brak zadłużenia lub zadłużenie minimalne). Można więc uznać, że nie oceniano rady, jako takiej, tylko radę działającą w warunkach lepszych niż średnie.

Nie można także wykluczyć, że część ankietowanych obawiała się, czy udzielone przez nich odpowiedzi nie zostaną wykorzystane przeciwko nim samym. Ilustracją powyższego może być jedna z osób zaproszonych do udziału w badaniu, która swój w nim udział warunkowała uprzednią zgodą rady społecznej zakładu, którym kierowała (sic!).

Powyższe konstatacje dają podstawę do stwierdzenia, że wyniki uzyskane w badaniu mówiące o funkcjonowaniu rad i ich pozytywnym wpływie na zarządzanie zakładem powinny być „podzielone” przez pewien wskaźnik oddający tę nieco lepszą rzeczywistość, w której przychodzi funkcjonować ankietowanym, czy też pewne obawy, jakie mogli mieć ankietowani przy udzielaniu odpowiedzi.

5. Dyskusja i wnioski

Rady społeczne zostały zachowane przez ustawodawcę w obowiązującej obecnie *ustawie o działalności leczniczej* i muszą je tworzyć podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami. Tak jak w przypadku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przyjęto, iż jest to organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego i doradczy kierownika podmiotu. Natomiast podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami zostały zwolnione z obowiązku posiadania rady społecznej i w sytuacji, kiedy wymaga tego kodeks spółek handlowych, powołuje się w nich rady nadzorcze.

Forma dawnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (dzisiejszy „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą”) oraz niekomercyjny cel utworzenia i działania takiego podmiotu powinny być dostosowane dla realizacji zadań publicznych w ochronie zdrowia. Sąd Najwyższy (III CZP 11/05) stwierdził, że motywem działalności sp zoz-u nie jest osiągnięcie zysku, lecz zaspokajanie potrzeb ludności w dziedzinie zdrowia (Kubot 2010, s. 15–35). Za zasadne można więc uznać działanie stałego organu doradczego, który będzie wspomagać realizację zadań statutowych przypisanych takiemu podmiotowi. Powstaje jednak pyta-

nie o sens istnienia rady społecznej w obecnym kształcie, której wpływ na zarządzanie jest tak mocno ograniczony.

Mając na względzie wyniki ankiety, analizę literatury, a także doświadczenia w pracy doradczej w ochronie zdrowia, autorzy niniejszej pracy pragną podnieść następujące kwestie:

- a) Podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami, nie działając dla zysku, borykają się z problemami zarządczymi takimi jak inne tego organizacje non-profit – mają odmienne uwarunkowania działania wyższego szczebla zarządzania, muszą liczyć się z wpływami politycznymi i nie mają odpowiedniej tradycji kontroli zarządczej (Anthony, Young 1998, s. 54–74).
- b) Większość opinii rady społecznej ma małe znaczenie dla praktyki zarządczej podmiotów leczniczych. Rzeczywista władza znajduje się w rękach organu założycielskiego (właścicielskiego) i w razie problemów w zarządzaniu dyrekcja zakładu zwraca się właśnie do tego organu, nie do rady społecznej (Kautsch 2010, s. 84).
- c) Ankietowani nie wskazywali na problemy we współpracy z radami, jednak czynnikiem, który uznali za najistotniejszy (wśród tych, o które pytano w ankiecie) było to, że rada nie pomaga w rozwiązywaniu kluczowych problemów organizacji.
- d) Nadzór rad nad finansami podmiotów leczniczych może mieć znaczenie zarówno dla organu założycielskiego, jak i podmiotu leczniczego. Skuteczność działań rady wymaga jednak stosownych kompetencji jej członków, których członkowie ci zazwyczaj nie mają, czego dowodzą przytaczane opinie, analiza literatury przedmiotu, a także opinie samych respondentów. Połowa ankietowanych osób, które uważają, że rady mają pozytywny na zarządzanie zakładem stwierdza jednocześnie, że jej członkowie nie mają odpowiednich kompetencji.
- e) Działalność rady społecznej powinna dotyczyć takich obszarów jak monitoring jakości świadczonych usług medycznych, a w tym obszarze aktywność rad jest minimalna. Na przeszkodzie stoi (także i tym razem) brak kompetencji (niemożność oceny jakości działań klinicznych) większości jej członków. Nie sposób jednak wytłumaczyć, czemu rada nie zajmuje się np. oceną wyników satysfakcji pacjentów,

które zakłady mogłyby wykonywać. Ankietowanie pacjentów nie jest obowiązkiem ustawowym, świadczy natomiast o stosunku zakładu do pacjenta. Brak zainteresowania rady tą kwestią czy też brak działań w tej sferze może także świadczyć o stosunku rady do pacjenta. Być może członkowie rad nie mają pojęcia, że takie badania mogą (i powinny) być wykonywane, co byłoby kolejnym świadectwem poziomu kompetencji członków rady do sprawowania społecznej kontroli nad jakością świadczeń.

Autorzy chcieli odpowiedzieć na pytanie, jak działają rady społeczne. Podsumowując uzyskane wyniki można jednak skonstatować, odpowiedź na pytanie, jak działają rady, kiedy zakład nie ma poważnych problemów. I przy takich komfortowych warunkach brzegowych rady może nie szkodzić, ale też i nie pomagają. Można więc stwierdzić, że podstawowa w medycynie zasada: *primum non nocere*, została zachowana. Tylko czy taka jest intencja ustawodawcy i czy ciała te sprawdzą się w warunkach zaostrzającej się konkurencji? Po co utrzymywać radę mającą wydawać opinie, skoro opinie te nie są wiążące, a i tak to dyrekcja inicjuje działalność opiniodawczą? W opinii dyrektorów ponadprzeciętnych szpitali działalność rady wypada blado, czy nijako. Należałoby więc zadać pytanie, jak wyglądają opinie tych, których zakłady mają problemy, które trzeba rozwiązać, a osoby zasiadające w radzie nie mają żadnych kompetencji by te problemy pomóc rozwiązywać?

Obecne warunki, w jakich działa zakład i skład rady społecznej, nie zapewniają skutecznych mechanizmów regulujących proces zarządzania. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że działalność rady wydłuża proces decyzyjny i może utrudniać zarządzanie zakładem (zaledwie ok. 1/3 ankietowanych nie zgodziło się z tą opinią). Czy była to intencja ustawodawcy, czy też nie dostrzeżono realiów, w jakim przyszło funkcjonować podmiotom leczniczym? Postulatem *de lege ferenda* powinno być zatem – uznając, iż opieka zdrowotna jest zadaniem państwa – określenie adekwatnego zakresu obowiązków i uprawnień rady społecznej, wraz z przypisaniem odpowiedzialności wynikającej z podejmowanych przez nią decyzji. A członkowie rad powinni posiadać bazyowe choćby kompetencje w zarządzaniu ochroną zdrowia.

Literatura

- Anthony R.N., Young D.W. (1998), *Management Control in Nonprofit Organizations*, IRWIN, Homewood, Illinois.
- Begg D., Fischer S., Dornbusch R. (2003), *Mikroekonomia*, PWE, Warszawa.
- Bogacz-Miętka O. (2011), *Kompendium wiedzy o nadzorze i kontroli nad przedsiębiorstwem*, CeDeWu, Warszawa.
- Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. (1997), *Toward a stewardship theory of management*, "Academy of Management Review", vol. 22 (1).
- Dercz M., Rek T. (2007), *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer.
- Jeżak J. (2010), *Ład korporacyjny. Doświadczenia światowe oraz kierunki rozwoju*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kautsch M. (2010), *Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer Polska – Oficyna, Warszawa.
- Kubot Z. (2010), *Status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a komercyjne usługi medyczne*, Prawo i Medycyna, nr 39.
- Lis K., Stereniczuk H. (2005), *Nadzór korporacyjny*, Oficyna Ekonomiczna.
- Ministerstwo Skarbu Państwa (2005), *Wytyczne OECD dotyczące nadzoru korporacyjnego w przedsiębiorstwie publicznym*, Warszawa.
- Penc J. (2001), *Strategiczny system zarządzania. Holistyczne myślenie o przyszłości. Formułowania misji i strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa.
- Pietrusińska E., Pietrusiński R. (2011), *Publiczny i niepubliczny sektor opieki zdrowotnej w Polsce w ujęciu ekonomicznym – zasoby, efektywność, zarządzanie*, w: Ryć K, Sobczak A. (red), *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna*, Wolters Kluwer Polska – Oficyna, Warszawa.

Jolanta Sielska, Maria Danuta Głowacka, Joanna Zdanowska
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

Finansowanie usług zdrowotnych w kontekście aktualnie wdrażanych zmian w systemie ochrony zdrowia

Financing the medical services in the context of currently implemented changes in the health care system

Abstract: The growing needs arising largely due to demographic changes and the prices of new medical technologies compel the health care organisers to undertake actions increasing the receipts to the health care system. The main aims of the necessary changes defined by the Ministry of Health in the last five years include: the improvement of public health insurance system, the streamlining of spending the resources owned as well as the implementation of new forms of health insurance.

The analysis of the enactments prepared by the institutions responsible for shaping the health policy and the recommendation made by the management environment of health care and insurance specialists shows discrepancies in the evaluation of the profits and dangers posed by the proposed changes. The differences concern especially the rules of the implementation and functioning of additional health insurance. What causes the greatest number of reservations is the lack of stimuli encouraging patients to use additional insurance and granting the National Health Fund (NFZ) the control powers towards the institutions providing benefits within private health insurance.

1. Wprowadzenie

Z chwilą wejścia w życie reformy ochrony zdrowia to jest od 1 stycznia 1999 r. najważniejszy element przychodów sektora ochrony zdrowia w Polsce stanowić zaczęły składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Funkcjonujący wcześniej system budżetowy, cechujący się finansowaniem działalności publicznych jednostek ochrony zdrowia z budżetu państwa, za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia oraz wojewodów, zastąpiony został systemem, w którym rola organizatora systemu ochrony zdrowia oddzielona została od roli płatnika.

Formułując cele reformy ochrony zdrowia w odniesieniu do sposobu finansowania, założono wydzielenie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia ze środków budżetowych. Osiągnięto to wprowadzając powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Obecnie system ochrony zdrowia w Polsce – definiowany przez Rząd jako system ubezpieczeniowo-budżetowy, finansowany jest w głównej mierze ze składek zdrowotnych [Informacja Rządu 2008, s. 4]. Wpływy z ubezpieczenia kierowane są nie do Ministerstwa Zdrowia, ale do odrębnego płatnika – w latach 1999–2003 do Kas Chorych a w latach następnych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Istotną zmianą związaną z finansowaniem świadczeń zdrowotnych było umożliwienie podmiotom niepublicznym korzystania ze środków finansowych pochodzących ze składek zdrowotnych. Zrównanie podmiotów publicznych i niepublicznych w dostępie do środków ze składek, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, gwarantuje art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn.: Dz.U. 2008 nr 164 poz.1027 z późn. zm., dalej: u.ś.o.z.].

Dodać należy, że w celu zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym, bez względu na wysokość odprowadzanych przez nie składek, stan zamożności, stan zdrowia oraz wiek, wprowadzony w Polsce system ubezpieczeniowy oparty jest na, gwarantowanych ustawowo, zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej [art. 65 pkt 1. u.ś.o.z.].

2. Wpływy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Działa na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [art. 96 u.ś.o.z.], która określa zasady jego funkcjonowania oraz zadania. Zakres działania organów oraz strukturę organizacyjną Funduszu reguluje rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia [Dz. U. nr 213, poz. 2161 z późn. zm.].

Podstawowym źródłem przychodów Funduszu są składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość składki wynosi 9 proc. podstawy wymiaru naliczenia składki [art. 79 u.ś.o.z.]. Wpływy ze składek stanowią ponad 95 proc. wszystkich przychodów Funduszu. Dynamika wzrostu nominalnej wartości przychodów składkowych uzależniona jest od procentowej wysokości składki, której rząd Donalda Tuska nie planuje podnosić w obawie przed negatywnym wpływem na sytuację makroekonomiczną. Brak rekomendacji rządu dla tego rozwiązania argumentowany jest możliwymi konsekwencjami w postaci ograniczenia poziomu wzrostu gospodarczego [Informacja Rządu, 2008, s. 20]. Innymi czynnikami determinującymi wielkość przychodów składkowych są: poziom aktywności zawodowej obywateli, poziom wynagrodzeń, liczba ubezpieczonych opłacających składkę.

Nadmienić należy, że – zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – przychody Funduszu stanowią także: odsetki od nieopłaconych w terminie składek, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie oraz dotacje. Ustawodawca do przychodów Funduszu włączył także darowizny i zapisy, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych oraz przychody z lokat. Fundusz może ponadto finansować swoją działalność z kredytów i pożyczek [art. 116 u.ś.o.z.].

Od chwili wprowadzenia reformy ochrony zdrowia, odnotowano znaczny wzrost przychodów składkowych. W latach 2000–2007 ich wielkość wzrosła o 19 mld PLN [Raport Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce, 2008, s. 15]. Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia, kie-

rowanego przez Ewę Kopacz, nakłady na leczenie zwiększały się w następnych latach z 41 mld PLN w roku 2007 do 61 mld PLN w r. 2012 [Kluczowe obszary zmian w latach 2008–2011, 2011, s. 6]. Pomimo znaczącego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia z tytułu składek zdrowotnych, jakość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oceniana przez pryzmat dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, budzi zastrzeżenia zarówno świadczeniobiorców jak i organizatorów systemu [Informacja Rządu, 2008, s. 18–19].

Analizując wpływy do systemu ubezpieczeniowo-budżetowego, wskazać należy zadania z zakresu ochrony zdrowia finansowane z budżetu państwa. Są to wydatki na opiekę zdrowotną, programy polityki zdrowotnej, jak również zadania z zakresu zdrowia publicznego, administrowania ochroną zdrowia i edukacji. Od roku 2007 istotny udział w wydatkach na ochronę zdrowia z budżetu państwa stanowią wydatki na ratownictwo medyczne.

Część nakładów z budżetu państwa na ochronę zdrowia związana jest z dotacjami dla Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na pokrycie składek rolników i ich domowników. Inne grupy społeczne, których składki zdrowotne opłacane są z dotacji celowych z budżetu państwa, to:

- bezrobotni bez prawa do zasiłku (dotacje kierowane są do powiatów);
- osoby pobierające niektóre świadczenia z pomocy społecznej, jak zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy, renta socjalna (dotacje kierowane są do gmin, skąd przekazywane są do ośrodków pomocy społecznej);
- zgodnie z ustawą, z budżetu państwa opłaca się składki dla następujących grup: żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, studentów i doktorantów nie podlegających obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, duchownych [art. 86 u.ś.o.z].

3. Środki zagraniczne w systemie

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.) daje możliwość pozyskiwania środków finansowych na realizację programów lub projektów finansowanych: z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi.

Polska, wstępując do Unii Europejskiej z dniem 1 maja 2004 r., włączyła się w realizację polityki spójności, która ma na celu wspieranie działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach Unii Europejskiej. W szczególności Unia Europejska zmierza do zmniejszenia różnic w poziomie rozwoju regionów oraz likwidacji zacofania najmniej uprzywilejowanych regionów [Jankowska A, 2005, s. 13–14].

Na podstawie wytycznych Unii Europejskiej opracowano Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia na lata 2007–2013 (NSRO), wspierające wzrost gospodarczy i zatrudnienie, uwzględniające uwarunkowania społeczno-gospodarcze Polski. Dokument ten definiuje kierunki wsparcia ze środków finansowych dostępnych z budżetu UE perspektywie finansowej 2007–2013 w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) oraz Funduszu Spójności (FS), jest również instrumentem odniesienia dla przygotowania programów operacyjnych.

Wśród priorytetowych obszarów tematycznych według klasyfikacji kategorii interwencji Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Funduszu Spójności oraz Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2007–2013 znalazły się następujące działania:

- a) e-zdrowie – w ramach rozwoju społeczeństwa informacyjnego;
- b) rozwój infrastruktury ochrony zdrowia w zakresie inwestycji w infrastrukturę społeczną.

Sektor ochrony zdrowia może korzystać z funduszy strukturalnych w latach 2007–2013 w ramach programów operacyjnych Infrastruktura

i Środowisko, Kapitał Ludzki, Innowacyjna Gospodarka, Rozwój Polski Wschodniej oraz Regionalnych Programów Operacyjnych.

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w priorytecie XII „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia” wyróżniono dwa typy projektów. Pierwszym z nich jest działanie dotyczące rozwoju systemów ratownictwa medycznego, drugim, działanie związane z inwestycjami w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym [Ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju z 6 grudnia 2006 r.].

W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w priorytecie II „Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących” wymieniono działanie 2.3, dotyczące wzmocnienia potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawy jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zagwarantowano w nim możliwości finansowania przedsięwzięć związanych z opracowaniem kompleksowych programów zdrowotnych, doskonaleniem zawodowym kadr medycznych oraz podniesieniem jakości zarządzania w ochronie zdrowia [Kapitał Ludzki, 2011, s. 76–89].

Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka daje możliwość realizowania projektów indywidualnych w ramach VII osi priorytetowej „Społeczeństwo informacyjne – budowa elektronicznej administracji” [Innowacyjna Gospodarka, 2011, 2007, s.132–139].

Wśród projektów z listy podstawowej znajdują się:

- a) Program Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, którego celem jest budowa elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia umożliwiającej organom administracji publicznej, przedsiębiorcom (zakładom opieki zdrowotnej, aptekom, praktykom lekarskim) i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych.
- b) Program: Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych, który ma na celu zbudowanie platformy informatycznej umożliwiającej i integrującej udo-

stępnianie przedsiębiorcom w obszarze sektora ochrony zdrowia usług z zakresu e-administracji.

Możliwość korzystania z dodatkowych – obok funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności – źródeł bezzwrotnej pomocy finansowej, dają Polsce oraz innym nowym krajom członkowskim Unii Europejskiej: Mechanizm finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweski Mechanizm Finansowy. Środki finansowe dla Polski w postaci tych instrumentów pochodzą z trzech krajów EFTA (Europejskiego Stowarzyszenie Wolnego Handlu), będących zarazem członkami Europejskiego Obszaru Gospodarczego, tj. Norwegii, Islandii i Liechtensteinu.

Podstawą do wdrażania mechanizmów są dwie umowy podpisane przez Rząd RP z państwami – darczyńcami – Memoranda o porozumieniu (Memorandum of Understanding) w sprawie wdrażania Mechanizmu finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Celem utworzonych mechanizmów finansowych jest realizacja przedsięwzięć prorozwojowych przyczyniających się do zmniejszania różnic ekonomicznych i społecznych w obrębie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Przyznana Polsce w latach 2004–2009 w ramach mechanizmów pomoc wynosiła 533,51 mln euro. Należy zaznaczyć, że niewykorzystane środki z danego roku budżetowego powiększały pulę w kolejnym roku. W 2008 r. zakończono nabory na dofinansowywanie pojedynczych projektów i programów w ramach Mechanizmu Finansowego EOG 2004–2009 oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2004–2009. Jednym z obszarów priorytetowych w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego była: Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem.

W 2011 r. podpisano Memorandum of Understanding dotyczące Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Memorandum of Understanding dotyczące Mechanizmu Finansowego EOG. Na mocy tych umów Polska otrzyma drugą pulę środków w wysokości 578 mln euro. W latach 2009–2014 rozdysponowane zostaną środki finansowe na projekty z wielu obszarów programowych, w tym „Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia” (Mechanizm Finansowy EOG przeznaczony na ten obszar 10 000 000 euro, natomiast Norweski Mechanizm Finansowy –

60 000 000 euro). Nabory wniosków planowane są w pierwszej połowie 2012 r.

W ocenianym w roku 2011 na 102 mld PLN rynku medycznym w Polsce, wydatki z budżetu państwa i funduszy unijnych stanowiły – według Raportu Rynku Usług Medycznych – 9,9 proc. wartości rynku [Zalicki 2011, s. 4].

4. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia

Wpływy do systemu ochrony zdrowia z budżetów jednostek samorządu terytorialnego wynikają z zadań, jakie samorządy otrzymały w wyniku reformy ochrony zdrowia. Stały się właścicielami szpitali powiatowych i wojewódzkich, a w pojedynczych przypadkach także gminnych oraz większości przychodni ambulatoryjnych. Po zmianach własnościowych samorządy stały się organem założycielskim dla 70 proc. szpitali działających na terenie RP [Informacja dla Sejmu RP, 2006, s.13].

Samorządy przejęły odpowiedzialność za gospodarkę finansową podległych podmiotów. W praktyce, przejęły długi tych podmiotów i obowiązki związane z ich finansowaniem, w szczególności w celu odnowienia infrastruktury i doposażenia w nowoczesny sprzęt medyczny. Finansowanie remontów oraz zakup sprzętu dla podległych szpitali odbywa się w formie dotacji celowych.

Jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są ponadto ustawowo do finansowania zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez dany samorząd. Są to przede wszystkim zadania z zakresu profilaktyki. I tak, gminy odpowiadają, np. za inicjowanie przedsięwzięć, których celem jest zapoznanie mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami [art. 7. ust.1 pkt 3 u.ś.o.z], powiaty za wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej [art.8 pkt 3 u.ś.o.z.] a do zadań samorządu szczebla wojewódzkiego należy, m. in. opracowanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych, które zostały przygoto-

wane na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa [art. 9 pkt 1 u.ś.o.z.]. Przy czym zaznaczyć warto, że ustawodawca obarczył też samorządy wojewódzkie zadaniem związanym bezpośrednio z działalnością szpitali. Mają one inspirować i promować rozwiązania prowadzące do wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia [art.9 pkt 4 1 u.ś.o.z.].

Z kolei ustawa o samorządzie województwa [Dz. U. nr 142 poz. 1590 z późn. zm.], obok zadań związanych z ochroną i promocją zdrowia, stawia przed samorządami tego szczebla takie zadania związane z ochroną zdrowia, jak: pomoc społeczna, ochrona środowiska i kultura fizyczna [Dz. U. nr 142 poz. 1590 z późn. zm.].

Analiza przedstawiona w Raporcie Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce [Raport, 2008, s. 29– 38] wskazuje, że samorządy szczebla wojewódzkiego przeznaczają na ochronę zdrowia ok. 10 proc. swojego budżetu, powiaty – ok. 5 proc. natomiast miasta na prawach powiatów ok. 2 proc. Najmniej, bo tylko 1 proc. budżetu przeznaczają na zdrowie gminy.

Biorąc pod uwagę klasyfikację budżetową wydatków, gminy największą część budżetu zarezerwowanego na ochronę zdrowia przeznaczają na przeciwdziałanie alkoholizmowi i zwalczanie narkomanii, podobnie miasta na prawach powiatów. Natomiast powiaty ponad połowę nakładów na ochronę zdrowia przeznaczają na finansowanie szpitali, dla których są organem założycielskim. Najwięcej, bo ponad 65 proc. środków zarezerwowanych na ochronę zdrowia, przekazują swoim szpitalom województwa samorządowe [Raport, 2008, s. 32–34].

Odpowiedzialność samorządów za sytuację finansową podległych szpitali wzrosła dodatkowo w roku 2011 z chwilą wejście w życie ustawy o działalności leczniczej [Dz.U. 2001 nr 112 poz. 654 z późn. zm.]. Ustawodawca wskazał, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (sp zoz) zobowiązany jest do samodzielnego pokrycia ujemnego wyniku finansowego [art. 59 u.d.l.]. Może to zrobić także podmiot tworzący sp zoz. Jeśli pokrycie ujemnego wyniku finansowego nie nastąpi w ciągu 12 miesięcy od upływu terminu jego pokrycia, podmiot tworzący zobowiązany jest do wydania rozporządzenia, zarządzenia albo do podjęcia

uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub też o likwidacji tego sp zoz-u.

Według danych opublikowanych w Raporcie Rynku Usług Medycznych w roku 2011, udział wydatków Jednostek Samorządu Terytorialnego w wycenianym na 102 mld zł rynku medycznym w Polsce wyniósł 2,5 proc. [Zalicki 2011, s. 4].

5. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Ponad 30 proc. wydatków bieżących na ochronę zdrowia pochodzi z bezpośrednich wydatków ludności [Raport 2008, s. 41]. Na wydatki na zdrowie z dochodów indywidualnych ludności składają się opłaty za artykuły farmaceutyczne, abonamenty medyczne, ubezpieczenia medyczne i wydatki bezpośrednio z kieszeni pacjentów. Polacy wydają na opiekę zdrowotną ponad 30 mld zł rocznie [Sikora 2011, Gazeta Prawna z 22 grudnia 2011, s. 14]. Szacuje się, że niemal 60 proc. tej kwoty stanowią wydatki na artykuły farmaceutyczne (18 mld zł), 13 mld zł wydawane jest bezpośrednio na prywatne usługi medyczne- zarówno ambulatoryjne jak i stacjonarne, a 2,2 mld zł przeznaczane jest na abonamenty. Według szacunków, z abonamentów zdrowotnych korzysta w Polsce ok. 10 mln osób a z polis zdrowotnych – 400 do 450 tys. Eksperti rynku ubezpieczeń prognozują, że wartość rynku prywatnej opieki medycznej może wzrastać nawet o 10 proc. rocznie [Pustelnik 2011, s. 22]

Z uwagi na uwarunkowania demograficzne, nowe technologie medyczne oferowane przez świadczeniodawców oraz oczekiwania społeczne, zarówno organizatorzy systemu ochrony zdrowia, czyli rząd, Ministerstwo Zdrowia, samorządy, jak i środowisko menedżerów ochrony zdrowia, przewidują dalszą presję na wzrost wydatków na usługi zdrowotne. Niezbędne wydają się działania zmierzające w kierunku ograniczenia płatności za świadczenia zdrowotne, ponoszone przez pacjentów z własnej kieszeni, poprzez przesunięcie środków w kierunku prywatnych płatników instytucjonalnych. Na pojawiający się od kilku lat postulat przygotowania uwarunkowań prawnych dających podłoże do budowy rynku ubezpieczeń zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia odpowie-

działło przedstawiając w marcu 2011 r. projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

W projekcie Ministerstwo Zdrowia nie uwzględniło jednak kilku podstawowych postulatów opozycji oraz ekspertów rynku ubezpieczeniowego. Powtarzające się w literaturze branżowej zastrzeżenia do projektu dotyczą:

- a) braku definicji dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, która wskazywałaby potencjalny zakres świadczeń, warunki ich realizacji oraz wymieniałaby warunki, jakie spełniać muszą podmioty, które mogą je oferować,
- b) nadaniu Narodowemu Funduszowi Zdrowia kompetencji instytucji nadzorującej.

Projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych różni się zasadniczo od założeń rządowego projektu ustawy o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w którym przewidywano decentralizację płatnika [Projekt ustawy o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, 2008].

Celem ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych jest, m. in. zwiększenie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej a co za tym idzie, wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych, co z kolei powodować ma poprawę satysfakcji obywateli z systemu opieki zdrowotnej. Nowe uwarunkowania prawne mogą doprowadzić również do takich, rekomendowanych przez ekspertów rynku ubezpieczeń zmian, jak:

- a) stopniowe wprowadzenie konkurencji do systemu ochrony zdrowia,
- b) powszechny dostęp do dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- c) wzrost udziału niepublicznych ubezpieczeń zdrowotnych w ogólnych wydatkach na zdrowie,
- d) określenie wielkości koszyka świadczeń na poziomie adekwatnym do budżetu NFZ,
- e) zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń [Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, 2011, s. 5–17] .

Aby pieniądze wydawane dotąd bezpośrednio z kieszeni pacjentów trafiły do systemu poprzez rynek ubezpieczeń zdrowotnych, dodatkowe ubezpieczenia powinny być dostępne cenowo dla dużych grup obywateli. Za istotną przeszkodę w rozpowszechnieniu dodatkowych polis uważany jest brak bodźca w postaci ulgi podatkowej, na którą zgody nie wyraziło Ministerstwo Finansów [Sikora 2011, s. 14].

6. Wnioski

W oparciu o analizę materiałów źródłowych, w szczególności aktów normatywnych wprowadzonych oraz przygotowywanych przez rząd oraz opinii środowiska menedżerów ochrony zdrowia i specjalistów z zakresu ubezpieczeń, w działaniach Ministerstwa Zdrowia skierowanych na zwiększenie wpływów do systemu ochrony zdrowia oraz optymalizację wydatków, można zauważyć kilka wiodących tendencji:

1. Nastąpiło zwiększenie odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za sytuację finansową szpitali, poprzez regulacje ustawy o działalności leczniczej, obligującej samorząd do pokrycia wyniku finansowego podległego szpitala lub do zmiany jego formy organizacyjno-prawnej.
2. Przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych nie uwzględnia pojawiającego się we wszystkich rekomendacjach środowiska ubezpieczycieli postulatu demonopolizacji Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Brakuje definicji dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, która określałaby zarówno potencjalny zakres świadczeń jak i warunki ich realizacji.

Literatura

- Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia, (2006), www.mz.gov.pl [dn. 20.01.2012].
- Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce (2008), www.mz.gov.pl [dn. 05.02.2012].

- Jankowska A., Fundusze Unii Europejskiej w okresie programowania 2007–2013, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2005.
- Kluczowe obszary zmian w latach 2008–2011, 2011, www.mz.gov.pl [dn.12.01.2012].
- Projekt ustawy o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, <http://bip.mz.gov.pl>, projekt z 31 lipca 2008r. [dn. 15.12.2011].
- Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko, Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013, (tekst jednolity: Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 z późn. zm.).
- Pustelnik A. (2011), *31 mld zł na zdrowie*, „Raport Rynek Usług Medycznych 2011”, wydanie specjalne Magazynu Info- Med., nr 7 lipiec 2011, www.medicalnet.pl [dn. 11.01.2012].
- Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce- Zielona Księga II, (2008), www.mz.gov.pl [dn.15.01.2012].
- Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpłyną na dostęp do świadczeń, innowacji i leków- kluczowe tezy i rekomendacje, Polska Izba Ubezpieczeń 2011, <http://piu.org.pl/analizy-i-publikacje/project/1221/pagination/1> [dn.10.01.2012].
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 z późn. zm.),
- Sikora D. (2011), *Przychodzi Polak do lekarza z prywatną polisą. Korzyści i pułapki*, „Gazeta Prawna” z 22 grudnia 2011, s. 14.
- Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka, 2007–2013, *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia na lata 2007–2013*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, www.poig.gov.pl. [dn. 09.01.2012].
- Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013, wersja z dnia 20 grudnia 2011, Warszawa, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, www.kapitalludzki.gov.pl [dn. 10.01.2012].
- Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. nr 142 poz. 1590 z późn. zm.).
- Ustawa o zasadach prowadzenia polityki rozwoju z 6 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 712 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz.654).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007 nr 14 poz. 89 ze zm.).
- Zalicki Ł. (2011), *Droga ochrona zdrowia*, „Raport Rynek Usług Medycznych 2011”, wydanie specjalne Magazynu Info- Med., nr 7 lipiec 2011, www.medicalnet.pl [dn. 11.01.2012].

Małgorzata Paszkowska

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

POŻEGNANIE NZOZ – ZMIANY DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW MEDYCZNYCH SEKTORA PRYWATNEGO

Farewell to NZOZ – changes to private health care providers

Abstract: From 1 July 2011 there have been changes in the market of medical providers associated with the entry into force of the Act of 15 April 2011 at a medical activity. Legislative changes in the private sector medical services on the most private health care establishments (NZOZ). Currently, private health care establishments can not be created. Now in practice the founding bodies of private health care establishments (e.g. a company) becomes directly healthcare providers (they provide health benefits as a therapeutic entity.) Elimination by the legislator forms NZOZ is the right solution because it operates in the legal system caused many problems. Entities conducting private health care establishments must adapt its operations to the new Act at a medical activity. Aim of this article is to introduce legislative changes to NZOZ associated with entry into force of the new Act at a medical activity.

Key words: legislative changes, private health care establishments, medical activities, businesses.

1. Wprowadzenie

Udzielanie świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju może odbywać się legalnie tylko pod warunkiem udzielania ich przez osoby mające odpowiednie prawem określone kwalifikacje, a także w odpowiedniej formie

organizacyjno-prawnej. Do 30 czerwca 2011 świadczenia zdrowotne mogły być udzielane pacjentom zasadniczo tylko w jednej z trzech poniższych form organizacyjno-prawnych, tj.:

1. Publicznego lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej(NZOZ).
2. Indywidualnej (ogólnej lub specjalistycznej) praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej, położnych.
3. Grupowej (ogólnej lub specjalistycznej) praktyki lekarskiej, pielęgniarskiej, położnych.

Natomiast od 1 lipca nastąpiły zmiany na rynku usługodawców medycznych związane z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ustawa o działalności leczniczej (zwana w skrócie u.d.l.) to jeden akt prawny kompleksowo regulujący zasady prowadzenia działalności leczniczej. Ustawa o działalności leczniczej określa:

- 1) zasady wykonywania działalności leczniczej,
- 2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami,
- 3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych,
- 5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Z uwagi na zakres podejmowanych spraw nowa ustawa przypomina w dużym stopniu ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (w skrócie ustawa o zoz), która to przestała obowiązywać wraz z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej. Zmiany legislacyjne w sektorze prywatnym usług medycznych dotyczą w największym stopniu dotychczasowych NZOZ-ów. Przedmiotem artykułu jest przybliżenie zmian wynikających z ustawy o działalności leczniczej dla NZOZ jako formy udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. NZOZy do 30 czerwca 2011

Podstawowym na rynku medycznym przez ostatnich kilkanaście lat świadczeniodawcą był zakład opieki zdrowotnej (ZOZ). Do czasu wejścia ustawy o działalności leczniczej fundamentalnym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie ZOZ była ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Ustawa powyższa straciła moc prawną z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej (czyli obowiązywała w praktyce do dnia 30 czerwca 2011). W art. 1 ustawy o zoz została zawarta legalna definicja pojęcia „zakład opieki zdrowotnej”. Zgodnie z powyższym artykułem zakład opieki zdrowotnej to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ustawa o zoz przewidywała podstawowy podział normatywny zakładów opieki zdrowotnej na:

- Publiczne(PZOZ),
- Niepubliczne(NZOZ).

Kryterium powyższego, dychotomicznego podziału związane jest z rodzajem podmiotu, który utworzył konkretny ZOZ, czyli jego organem założycielskim. Artykuł 8 ustawy o zoz wskazywał zamknięty katalog podmiotów, które mogły utworzyć ZOZ. Jeśli chodzi o organy założycielskie PZOZ-ów katalog był dość wąski. W odróżnieniu od stosunkowo wąskiego katalogu organów założycielskich PZOZ-ów katalog podmiotów uprawnionych do tworzenia NZOZ-ów był bardzo szeroki i obejmował zasadniczo każdy z trzech fundamentalnych podmiotów prawa polskiego, tj. osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej (np. spółki osobowe prawa handlowego). Najczęściej NZOZy były zakładane przez osoby fizyczne lub spółki. NZOZ nie był wyposażony w osobowość prawną i stanowił jedynie formę organizacyjną prowadzenia działalności. W ramach kompetencji organu założycielskiego bezspornie można

wyróżnić dwie podstawowe kategorie jego kompetencji w stosunku do NZOZ-u, tj.:

- kompetencje organizacyjno-personalne,
- kompetencje majątkowo-finansowe.

Pierwsza grupa kompetencji związana jest w szczególności z powoływaniem i likwidacją zakładu, a także z zatrudnieniem personelu, a przede wszystkim kierownika. Natomiast w ramach uprawnień organu założycielskiego w sferze majątkowo-finansowej należy wyróżnić przede wszystkim kompetencje związane z: wyposażaniem majątkowym zakładu, dofinansowywaniem zakładu, nadzorem nad działalnością zakładu. Kierownik NZOZ podobnie jak PZOZ musiał spełniać obligatoryjnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. nr 44, poz. 520). Po zmianach legislacyjnych wymogi kwalifikacyjne obowiązują tylko kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Stąd też świadczeniodawcą prywatnym, może obecnie kierować osoba z dowolnymi kwalifikacjami w zakresie wykształcenia i stażu pracy. Jeśli chodzi o kompetencje kierownika NZOZ to w odróżnieniu od kierownika PZOZ nie były one bezpośrednio i kompleksowo uregulowane ustawowo. Ogólnie można wyróżnić dwa źródła kompetencji kierownika NZOZ, tj.:

- obowiązujące ustawy i wydane na ich podstawie przepisy wykonawcze,
- wola organu założycielskiego.

Poza powszechnie obowiązującymi przepisami to przede wszystkim organ założycielski NZOZ kształtował zakres kompetencji kierownika zakładu. Kierownik NZOZ miał kompetencje w zakresie zarządzania zakładem, które jednakże ograniczone były uprawnieniami organu założycielskiego. Niestety w przypadku NZOZów, które w odróżnieniu od SPZOZ nie posiadały osobowości prawnej, w praktyce następowało niejako „zlewanie się” kompetencji (np. zawieranie umów), które to za zakład wykonywał podmiot tworzący. Brak przejrzystych reguł w powyższym zakresie był jedną z pod-

stawowych przyczyn odejścia ustawodawcy od konstrukcji NZOZ w ustawie o działalności leczniczej. W stosunku do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w odróżnieniu od publicznych nie istniały żadne szczególne ograniczenia prawne dotyczące zasad czy też źródeł finansowania przez właściciela lub inne podmioty.

3. Świadczeniodawcy rynku medycznego po 30 czerwca 2011

Rok 2011 przyniósł istotne zmiany na rynku usług medycznych związane z wdrożeniem jego częściowej reformy. Zmiany dotyczą przede wszystkim świadczeniodawców medycznych a szczególnie dopuszczalnych form organizacyjno-prawnych udzielania świadczeń zdrowotnych. Narzędziem reformy stała się ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.), która obowiązuje od dnia 1 lipca 2011 r. Nowa ustawa obowiązuje wszystkie podmioty (zarówno w sektorze publicznym jak i prywatnym) wykonujące działalność leczniczą. Zgodnie z art. 3 u.d.l. działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne są pojęciem utrwalonym już w polskim systemie zdrowotnym i uregulowanym wcześniej w ustawie o zoz. Obecnie ich definicja w wersji skróconej, ale zbieżnej z poprzednio obowiązującą (tj. z ustawą o zoz) znajduje się w art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l. Zgodnie z powyższym przepisem świadczenie zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych działalność lecznicza może również polegać na:

- 1) promocji zdrowia lub
- 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą może także uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

W świetle ustawy o działalności leczniczej działalność leczniczą mogą wykonywać tylko tzw. podmioty wykonujące działalność leczniczą. Ustawa o działalności leczniczej wprowadza dwa fundamentalne pojęcia odnoszące się do świadczeniodawców medycznych, tj.: podmioty lecznicze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą. Drugie z pojęć ma szerszy zakres podmiotowy. Bowiem podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w świetle nowej ustawy są:

- a) podmioty lecznicze,
- b) praktyki zawodowe.

Zgodnie z art. 4 u.d.l. podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. nr 220, poz. 1447 i nr 239, poz. 1593) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej;
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618);
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

- 6) kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

W rezultacie zmian legislacyjnych od 1 lipca 2011 rynek świadczeniodawców w Polsce mających status podmiotów leczniczych obejmuje przedsiębiorców oraz podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (czyli dawne SPZOZy oraz jednostki budżetowe), a także inne podmioty uprawnione do prowadzenia działalności leczniczej, do których należą instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia i kościoły. Zasadniczo poszerzenie katalogu świadczeniodawców medycznych związane jest z wyraźnym wskazaniem, iż należą do niego także przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich możliwych formach. Jednakże nie można zapomnieć, że przedsiębiorcy mogli być dotychczas podmiotami tworzącymi NZOZ. W świetle art. 4 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Większość organów założycielskich NZOZów to byli przedsiębiorcy i obecnie oni sami stają się podmiotem leczniczym.

Każdy udzielający świadczeń zdrowotnych podmiot leczniczy musi spełniać ogólne wymogi formalne zawarte w art. 17 u.d.l. Zgodnie z powyższym przepisem podmiot leczniczy ma obowiązek:

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające normatywnym wymaganiom;
- 2) stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679);
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zawrzeć umowę ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialności cywilnej,

- b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

Dotychczas ustawa o zakładach opieki zdrowotnej stawiała podobne jak powyższe (pomieszczenia, personel itp.) wymagania dla zakładania i funkcjonowania każdego zakładu opieki zdrowotnej. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Wymagania powyższe dotyczą w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Ustawa o działalności leczniczej zawiera delegację ustawową dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzeń w powyższym zakresie. Na razie w przedmiotowym zakresie obowiązuje jeszcze rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 31, poz. 158). Nowością jest wymóg posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez podmiot leczniczy, bowiem obecnie taki wymóg istniał zasadniczo tylko dla świadczeniodawców mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto jest nowy wymóg posiadania dodatkowego ubezpieczenia przez szpitale (co jak pokazuje praktyka stanowi obecnie duży problem z uwagi na wysokość składek wymaganych przez zakład ubezpieczeń). Działalność leczniczą można rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru (tak jak poprzednio). Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa obowiązkowo organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Organem prowadzącym rejestr jest w odniesieniu do wszystkich podmiotów leczniczych wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego. Dane o podmiocie leczniczym wpisane do rejestru są jawne i ogólnie dostępne. Centralna informacja o podmiotach leczniczych jest prowadzona w systemie informatycznym i udostępniona na stronie internetowej <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany jest, dokonując zgłoszenia do organu rejestrowego, załączyć do wniosku dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej.

4. NZOZ jako przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego

Z dniem wejścia w życie ustawy o d.l. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Podmiotem leczniczym dla dotychczasowego NZOZ w zależności od formy prawnej jego organu założycielskiego będzie: osoba fizyczna, spółka osobowa, spółka kapitałowa, fundacja, stowarzyszenie, związek wyznaniowy. Podmiot leczniczy musi spełniać ogólne wymogi ustawowe wyżej opisane i zostać zarejestrowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w przedsiębiorstwie w rozumieniu art. 55¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.). Zgodnie z art. 55¹ k.c.: „Przedsiębiorstwo jest zorganizowanym zespołem składników niematerialnych i materialnych przeznaczonym do prowadzenia działalności gospodarczej”, przy czym obejmuje ono w szczególności składniki wskazane przykładowo przez ustawodawcę. Podmiot leczniczy nie musi być wprawdzie konieczne właścicielem tych składników, tym niemniej musi z nich korzystać na podstawie określonych prawnych tytułów. Pojęcie przedsiębiorstwa ma na gruncie ustawy o działalności leczniczej znaczenie przedmiotowe. W konsekwencji, przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego stają się w szczególności: nazwa przedsiębiorstwa, prawo własności ruchomości i nieruchomości, prawa wynikające z umów najmu i dzierżawy nieruchomości lub ruchomości (również prawa wynikające z innych stosunków prawnych), wierzytelności, prawa z papierów wartościowych, środki pieniężne, koncesje, licencje, zezwolenia, patenty, inne prawa własności przemysłowej, majątkowe prawa autorskie i majątkowe prawa pokrewne. Podkreślić należy, że z dniem 1 lipca 2011 r. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej nie staną się nowymi

podmiotami prawa, nie ma też potrzeby tworzenia jakiegoś nowego podmiotu – niepubliczny zakład opieki zdrowotnej staje się przedsiębiorstwem podmiotu, który go utworzył – jednakże należy przeprowadzić zmiany szczególnie o charakterze organizacyjnym. Pierwsza sfera funkcjonowania prywatnego świadczeniodawcy na którą wpływa nowa ustawa to zarządzanie. Dotychczas zarządzanie NZOZ to była zasadniczo domena jego kierownika ewentualnie w organu założycielskiego. Kierownik każdego rodzaju ZOZ musiał spełniać wymogi formalne określone w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy o zoz. Obecnie ustawowe wymogi kwalifikacyjne dotyczą tylko kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (czyli SPZOZ). Aktualnie konkretny organ/osoba zarządzająca podmiotem leczniczym zależy od formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego. Przykładowo zarządzanie podmiotem leczniczym może należeć w przypadku podmiotów będących przedsiębiorcami w szczególności do:

- wszystkich wspólników (w przypadku spółek osobowych),
- jedno lub wieloosobowego zarządu spółki (w przypadku spółek kapitałowych).

Natomiast zarządzanie podmiotem leczniczym prowadzonym przez fundację, stowarzyszenie należy do ich statutowych organów kierowniczych/zarządczych. W przypadku fundacji będzie to jej zarząd a w przypadku stowarzyszenia m.in. może to być zarząd. Teraz to zarząd a nie kierownik np. przychodni dokonuje wszystkich czynności rozporządzających i zobowiązujących za podmiot leczniczy. Przykładowo to zarząd zawiera umowy dzierżawy pomieszczeń i sprzętu medycznego a przede wszystkim tzw. kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zarząd spółki/fundacji/stowarzyszenia dokonuje też czynności prawnych i faktycznych w sprawach pracowniczych np. zawierając i rozwiązując umowy o pracę z personelem medycznym i niemedycznym.

Kolejna sfera zmian specyficznych dla NZOZ dotyczy dokumentacji i materiałów informacyjnych(szeroko rozumianych). Prowadzenie każdego podmiotu leczniczego związane jest z tworzeniem i posiadaniem szeregu wymaganych dokumentów. Z uwagi na zmiany legislacyjne związane

z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej powinno się dokonać zmian w części tych dokumentów a także w materiałach informacyjnych w szczególności w zakresie nazwy podmiotu leczniczego (np. poprzez „uwi-docznienie” nazwy spółki). W praktyce należy wyeksponować nazwę do-tychczasowego organu założycielskiego i usunąć słowo niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Zmiany należy poza dokumentacją przeprowadzić też na pieczętkach, papierach firmowych, wizytówkach, wywieszkach, identyfika-torach, tablicach informacyjnych itp. Z obrotu prawnego zniknie skutek zmian legislacyjnych pojęcie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Nowy podmiot leczniczy (dotychczas będący podmiotem, który utworzył niepubliczny zakład opieki zdrowotnej) będzie posługiwać się swoją do-tychczasową firmą. W razie uznania za stosowne, może także dokonać jej zmiany w sposób, który uzna za bardziej adekwatny do prowadzonej dzia-łalności leczniczej.

Za najważniejsze zmiany dotyczącą dokumentacji należy uznać wymóg ustanowienie nowego dokumentu-regulaminu organizacyjnego i zawarcie nowej polisy ubezpieczeniowej. Statut i regulamin porządkowy stanowiły specyficzne i obligatoryjne dokumenty o charakterze wewnątrznormatyw-nym, które musiał posiadać zgodnie z ustawą o zoz każdy zakład opieki zdrowotnej także NZOZ. Dokumenty powyższe mają zastosowanie w pod-miotach leczniczych najpóźniej do 30 czerwca 2012 r. bowiem od 1 lipca 2012 r. muszą zostać zastąpione przez jeden nowy dokument – regulamin organizacyjny. Zgodnie z art. 23 u.d.l. sprawy dotyczące sposobu i warun-ków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący dzia-łalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Regulamin organizacyjny musi odpowiadać wymogom określonym w art. 24 u.d.l. Przepis ten wskazuje na elementy konieczne, jakie muszą się znaleźć w regulaminie. Katalog ten jest otwarty i wymienia niezbędne elementy jedynie przykładowo, co oznacza, iż każdy podmiot, wedle własnych potrzeb, może dodatkowo unormować w regulaminie inne kwestie istotne z punktu widzenia jego działalności. Regula-min organizacyjny nadaje podmiotowi leczniczemu zgodnie z art. 23 u.d.l. jego

kierownik. Zgodnie z definicją określoną w art. 2 ust. 2 pkt 1 u.d.l. kierownikiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku innych podmiotów – osoby uprawnione do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz. W rezultacie zmian każdy podmiot leczniczy powinien unormować – w zakresie nieuregulowanym w obowiązujących przepisach – wewnętrzną organizację swojego przedsiębiorstwa i sposób wykonywania w jego ramach działalności leczniczej.

Istotą ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest zabezpieczenie interesów osoby poszkodowanej poprzez zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania należnego jej odszkodowania od drugiego – obok sprawcy szkody – dłużnika, którym jest zakład ubezpieczeń. Do niedawna w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej przepisy ustawowe nakładały obowiązek zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jedynie na niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, które zawierały umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 35 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz na wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast od 1 stycznia 2012 zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (art. 17 ust. 1 pkt 4) każdy podmiot leczniczy musi posiadać obligatoryjnie umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i to niezależnie od posiadania lub braku kontraktu z NFZ. Ubezpieczenie to jest ubezpieczeniem obowiązkowym, dlatego mają do niego zastosowanie przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej powstaje w wyniku zawarcia umowy między ubezpieczającym (np. spółką) a zakładem ubezpieczeń. Szczegółowy zakres ubezpieczenia, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna są określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązo-

wego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293, poz. 1729).

Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa obowiązkowo organowi prowadzącemu rejestr, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W rezultacie zmian najpóźniej do 30 czerwca 2012 r., a w praktyce najlepiej już w maju 2012 r. każdy podmiot leczniczy musi złożyć wniosek wraz z aktualnymi dokumentami (m.in. regulaminem organizacyjnym) do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę. Wnioski podmiotów wykonujących działalność leczniczą o zmianę wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie wynikającym z nowej ustawy o działalności leczniczej złożone w terminie 12 miesięcy od wejścia w życie nowej ustawy są wolne od opłat. Obowiązki rejestracyjne w toku wykonywania działalności polegają na konieczności aktualizacji danych rejestrowych zgłoszonych w odpowiednim rejestrze – w przypadku ich zmiany. Działalność lecznicza może być wykonywana wyłącznie w takim zakresie, jaki został zgłoszony do rejestru. Jakakolwiek zmiana zakresu udzielanych świadczeń może nastąpić po jej uprzednim zgłoszeniu organowi rejestrowemu i użyskaniu wpisu w księdze rejestrowej. Tryb postępowania przed organem rejestrowym w związku z dokonywaniem wpisu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. nr 221, poz. 1319). Należy także pamiętać, że ilekroć przepisy odrębne nakładają obowiązek na zakład opieki zdrowotnej albo przyznają takiemu zakładowi prawo, te obowiązki albo prawa z dniem 1 lipca 2011 r. dotyczą podmiotu leczniczego.

4. Podsumowanie

Ustawa o działalności leczniczej dokonała szeregu modyfikacji stanu prawnego dotyczącego spraw ustrojowych świadczeniodawców medycznych. Od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej nie mogą być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, (z wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w wyniku łączenia na zasadach określonych w przedmiotowej ustawie). Publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stały się z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami.

Zmiany legislacyjne w sektorze prywatnym usług medycznych dotyczą w największym stopniu dotychczasowych NZOZ-ów, które przede wszystkim jako forma organizacyjno-prawna przestają istnieć. Dawne NZOZy stały się przedsiębiorstwami podmiotu leczniczego. Co w praktyce oznacza, że dotychczasowe organy założycielskie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (np. spółki) stają się bezpośrednio świadczeniodawcą medycznym(one udzielają świadczeń jako podmiot leczniczy). Obecnie prawo nie pozwala także na zakładanie nowych NZOZów eliminując z rynku tę formę udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednakże pojawiły się inne normatywne możliwości organizacyjno-prawne prowadzenia działalności leczniczej w sektorze prywatnym (poza praktykami zawodowymi) – udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze mające status przedsiębiorcy. Dokonane zmiany legislacyjne mają na celu m.in. ułatwienie zarządzania podmiotem leczniczym dotychczasowym NZOZ a także zabezpieczenie interesów pacjentów. NZOZ nie miał osobowości prawnej natomiast np. spółka kapitałowa, fundacja jak i stowarzyszenie ją mają co znacznie ułatwia ich występowanie w obrocie prawnym. Ponadto do tej pory występowały istotne problemy w zakresie kompetencji a w szczególnie reprezentacji NZOZ na linii organ założycielski-kierownik. Teraz sytuacja jest jasna – podmiot leczniczy prowadzony przez spółkę/fundację/stowarzyszenie jest reprezentowany i zarządzany przez ich organ statutowy. Powyższa sytuacja

a także brak obligatoryjnych wymogów kwalifikacyjnych dla kierownika może skutkować zmianami w dotychczasowej strukturze organizacyjnej i personalnej np. przychodni (takimi przykładowo jak rozwiązanie umowy z dotychczasowym kierownikiem). Problemy w praktyce mogą się pojawić z dotychczasowymi umowami (np. najmu lokalu) dotyczącymi świadczeniodawcy w szczególności jeżeli były zawarte przez NZOZ a nie podmiot tworzący. Obligatoryjne ubezpieczenie OC dla wszystkich podmiotów leczniczych powinno z jednej strony zabezpieczyć ich majątek a z drugiej coraz powszechniejsze roszczenia pacjentów. Problemem obecnie jest dodatkowe ubezpieczenia wymagane od szpitali z uwagi na bardzo wysokie składki. Odejście przez prawodawcę od formy NZOZ jest słusznym rozwiązaniem ponieważ do tej pory ich funkcjonowanie w obrocie prawnym m.in. ze względu na brak zdolności prawnej i dualizm w zarządzaniu (organ założycielski, kierownik) wywoływało wiele problemów. W praktyce będzie można bardziej elastycznie i bez krępujących wymogów normatywnych stawianych dotychczas ZOZom zarządzać usługami medycznymi. Organy założycielskie dotychczasowych NZOZ muszą dostosować swoją działalność do nowych przepisów najpóźniej do 30 czerwca 2012. Reasumując spółki, fundacje i stowarzyszenia (dotychczasowi właściciele NZOZ) mogą być obecnie podmiotem leczniczym pod warunkiem spełniania warunków:

1. Ogólnych (wymaganych przez przepisy a szczególnie ustawę o działalności leczniczej od każdego podmiotu leczniczego),
2. Szczególnych (specyficznych tylko dla nich jako formy prawnej lub dla rodzaju działalności leczniczej).

Małgorzata Paszkowska

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

SPZOZ PO ZMIANACH LEGISLACYJNYCH

Independent Public Health Care (SPZOZ) after the legislative changes

Summary: Independent Public Health Care (SPZOZ) was and is the primary public healthcare provider. SPZOZy were founded and be conducted primarily by local government and provincial governors. The situation SPZOZ from 1 July 2011 has changed with the entry into force of new legislation – Act of 15 April 2011 about medical activity. After changing the law can not create SPZOZ. SPZOZy after legislative changes become the therapeutic entities and may be converted into the company. This article presents the current legal status of independent public health care and a reference to the possibility of its commercialization. Keywords: legislative changes, independent public health care, medical activities, the transformation.

1. Wprowadzenie

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ) pojawił się w polskim systemie prawnym na gruncie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Był on i na razie jest podstawową konstrukcją prawną świadczeniodawcy medycznego sektora publicznego i jego filarem. Zadaniem powyższego podmiotu było przede wszystkim udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych. SPZOZy mogły udzielać zarówno świadczeń zdrowotnych stacjonarnych (np. jako szpital) lub ambulatoryj-

nych (np. jako przychodnia, zakład rehabilitacji). Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie SPZOZ do 30 czerwca 2011 r. była ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (dalej ustawa o zoz). W art. 1 ustawy o zoz została zawarta legalna definicja pojęcia „zakład opieki zdrowotnej”. Zgodnie z powyższym artykułem zakład opieki zdrowotnej to wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ustawa o zoz przewidywała podstawowy podział normatywny zakładów opieki zdrowotnej na: publiczne(PZOZ), i niepubliczne(NZOZ). Kryterium powyższego, dychotomicznego podziału związane jest z rodzajem podmiotu, który utworzył konkretny ZOZ. Podmiotem tworzącym PZOZ mogli być:

- minister lub centralny organ administracji rządowej,
- wojewoda
- jednostka samorządu terytorialnego,
- publiczna uczelnia medyczna lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych,
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Szczególny rodzaj publicznych zakładów stanowiły dominujące liczebnie SPZOZy. Istotą SPZOZ było i jest to, że pokrywa on samodzielnie z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty swej działalności i zobowiązań. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlegał obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym i z chwilą wpisania do rejestru uzyskiwał osobowość prawną.

Rok 2011 przyniósł istotne zmiany na rynku usług medycznych związane z wdrożeniem jego częściowej reformy. Zmiany dotyczą przede wszystkim świadczeniodawców medycznych, a szczególnie dopuszczalnych form organizacyjno-prawnych udzielania świadczeń zdrowotnych. Narzędziem reformy stała się ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.), która obowiązuje od dnia 1 lipca 2011 r. Z uwagi na zakres podejmowanych spraw nowa ustawa przypomina w dużym stopniu ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (która przestała obo-

wiazywać wraz z wejściem w życie nowej ustawy o działalności leczniczej). Działalność lecznicza zgodnie z powyższą ustawą polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W świetle ustawy o działalności leczniczej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane tylko przez tzw. podmioty wykonujące działalność leczniczą. Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w świetle nowej ustawy są: podmioty lecznicze i praktyki zawodowe. Zgodnie z art. 4 u.d.l. podmiotami leczniczymi są m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej nie mogą być tworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (z wyjątkiem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej powstałych w wyniku łączenia na zasadach określonych w przedmiotowej ustawie). Publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stały się z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Przedmiotem artykułu jest przybliżenie aktualnych podstaw prawnych funkcjonowania SPZOZ i ustawowej możliwości zmian jego formy prawnej.

2. Organizacja i zarządzanie SPZOZ od 1 lipca 2011

Nowa ustawa o działalności leczniczej wprowadza podział podmiotów leczniczych na będących i niebędących przedsiębiorcami i drugiej kategorii podmiotów poświęca konkretne regulacje rozdziału 3 działu II. Szczególnym rodzajem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej(SPZOZ) będący konstrukcją znaną i fundamentalną w poprzednim stanie prawnym i w praktyce rynku świadczeniodawców medycznych. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania. Ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut. Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze

środków publicznych, ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów – nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe,
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika,
- 3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy,
- 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną. Źródła zatrudniania kierownika podmiotu leczniczego są takie same jak były w SPZOZ w poprzednim stanie prawnym jednakże zróżnicowane zostały trochę wymogi w zakresie jego kwalifikacji (m.in. dodano staż kierowniczy). W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna (tak samo jak w poprzednio) w która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradczym kierownika. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika. Zgodnie z art. 54 samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym). Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący (np. za zgodą).

Każdy SPZOZ jako podmiot leczniczy musi spełniać ogólne wymogi formalne zawarte w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 17 u.d.l. podmiot leczniczy ma obowiązek:

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające normatywnym wymaganiom;
- 2) stosować wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. nr 107, poz. 679);
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zawrzeć umowę ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialności cywilnej,
 - b) na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital.

Dotychczas ustawa o zakładach opieki zdrowotnej stawiała podobne jak powyższe (pomieszczenia, personel, itp.) wymogi dla zakładania i funkcjonowania każdego zakładu opieki zdrowotnej. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą powinny odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i podlegają kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Nowością jest wymóg posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez podmiot leczniczy, bowiem wcześniej taki wymóg istniał zasadniczo tylko dla świadczeniodawców mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto nowy jest wymóg posiadania dodatkowego ubezpieczenia przez szpitale (co jak pokazuje praktyka stanowi obecnie duży problem z uwagi na wysokość składek wymaganych przez zakład ubezpieczeń). Szczegółowy zakres ubezpieczenia, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna są określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

(Dz. U. nr 293, poz. 1729). Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa obowiązkowo organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W rezultacie zmian najpóźniej do 30 czerwca 2012 r. każdy SPZOK musi złożyć wniosek wraz z aktualnymi dokumentami (m.in. regulaminem organizacyjnym) do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez wojewodę. Tryb postępowania przed organem rejestrowym w związku z dokonywaniem wpisu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. nr 221, poz. 1319).

W terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej kierownicy SPZOK mają dostosować ich działalność oraz statut i regulamin organizacyjny do przepisów powyższej ustawy oraz dokonać zgłoszenia do rejestru. Wnioski w tej sprawie są wolne od opłat. Kierownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej i rady społeczne tych zakładów stają się z dniem wejścia w życie ustawy kierownikami podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i radami społecznymi tych podmiotów.

Dla funkcjonowania każdej organizacji także podmiotu leczniczego fundamentalne znaczenie mają dopuszczalne przez prawo źródła jego finansowania. Ustawa o działalności leczniczej tak jak poprzednio ustawa o zoz określa prawnie dopuszczalne źródła finansowania SPZOKów. Zgodnie z art. 55 u.d.l. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;
- z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 (czyli nieleczniczej), jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności;
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;

- na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117 u.d.l (chodzi o środki publiczne na określone ustawowo cele);
- na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami (np. programy zdrowotne, w przypadku klęski żywiołowej, epidemii chorób zakaźnych);
- na pokrycie ujemnego wyniku finansowego.

Podstawowym źródłem dochodu SPZOZ powinna być działalność lecznicza. Najważniejszym źródłem uzyskiwania środków finansowych przez SPZOZ za udzielanie świadczeń zdrowotnych są środki publiczne z ubezpieczenia zdrowotnego. Generalnie to sam samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Jednakże podmiot tworzący (np. jednostka samorządu terytorialnego) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego w sposób wyżej określony podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu wyżej określonego wydaje rozporządzenie, zarządzenie albo podejmuje uchwałę o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3. Przekształcenie SPZOZ

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje możliwość przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową i określa warunki przedmiotowej procedury. W polskim systemie prawnym występują tylko dwie spółki kapitałowe, tj.: spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna.

Są to spółki handlowe, a ich tworzenie i funkcjonowanie reguluje ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. nr 94, poz. 1037 z późn. zm.). Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega przekształceniu w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 70–82 u.d.z.l. Pierwszą czynnością przed sporządzeniem aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinno być ustalenie wskaźnika jego zadłużenia przez podmiot tworzący. Zgodnie z art. 71 u.d.z.l. wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- 1) powyżej 0,5 – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 2) 0,5 lub mniej – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia podmiot tworzący może przejąć zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Zgodnie z art. 73 u.d.z.l. przekształcenie może polegać na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jedną spółkę pod warunkiem, że przekształcane zakłady mają ten sam podmiot tworzący. Jednakże ustawa dopuszcza wyjątek od powyższej zasady stanowiąc, że przekształcenie może polegać także na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mających różne podmioty tworzące, ale będące jednostkami samorządu terytorialnego (czyli gmina, powiat, samorząd województwa) w jedną spółkę. W przypadku powyższym podmioty tworzące będące jednostkami samorządu terytorialnego zawierają, na podstawie uchwał organów stanowiących tych jednostek (np. uchwały rady

gminy X), porozumienie o treści wskazanej w ustawie. Do powyższego porozumienia jednostek samorządu terytorialnego należy dołączyć projekt umowy spółki (statutu) i projekt regulaminu organizacyjnego.

Artykuł 75 u.dz.l. stanowi, że organem dokonującym przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową jest:

- 1) minister właściwy do spraw Skarbu Państwa – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda;
- 2) organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego;
- 3) rektor – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- 4) dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest to Centrum.

Kierownik SPZOZ jest obowiązany niezwłocznie doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia kwestionariusz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wraz z wymaganymi dokumentami, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia. W Dzienniku Ustaw nr 26 z dnia 10 stycznia 2012 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia. Powyższe rozporządzenie określa się wzór kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową (stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia). Ponad-

to w rozporządzeniu ustalono wykaz dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową (stanowi on załącznik nr 2 do rozporządzenia). Załącznik nr 2 zawiera zamknięty wykaz niezbędnej dokumentacji do sporządzenia aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową.

Podstawowym obowiązkiem formalnym organu dokonującego przekształcenia jest sporządzenie aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę. Artykuł 78 u.d.z.l. stanowi, że akt przekształcenia powinien zawierać:

- 1) akt założycielski spółki,
- 2) imiona i nazwiska członków organów pierwszej kadencji,
- 3) pierwszy regulamin organizacyjny.

W Dzienniku Ustaw nr 44 z dnia 13 stycznia 2012 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Skarbu z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową. Powyższe rozporządzenie określa się ramowy wzór aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością (stanowi on załącznik nr 1 do rozporządzenia). Ponadto rozporządzenie określa się ramowy wzór aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę akcyjną (stanowi on załącznik nr 2 do rozporządzenia).

Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach ustawy – Kodeks spółek handlowych, poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki powinien złożyć wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a następnie – do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (prowadzonego przez wojewodę).

Dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców (czyli w praktyce do Krajowego Rejestru Sądowego). Z dniem przekształcenia następu-

je wykreślenie z urzędu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego. Zasadniczo spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 196 u.d.l. podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 69–82, może ubiegać się w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa. Warunkiem uzyskania dotacji jest przede wszystkim wpisanie spółki powstałej z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r. Wniosek o udzielenie dotacji składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie ustawowych przesłanek. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje dotację celową podmiotowi tworzącemu, który spełnił warunki uzyskania dotacji, na podstawie umowy. Dotację przeznacza się na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia.

4. Podsumowanie

Wejście w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zmienia sytuację na rynku świadczeniodawców medycznych w Polsce a w szczególności ma wpływ na status prawny i perspektywy funkcjonowania SPZOZ-ów. Obecnie SPZOZy są podmiotami leczniczymi co oznacza, że muszą spełniać ustawowe wymogi przewidziane dla takich podmiotów ale także mogą legalnie udzielać świadczeń zdrowotnych. Jeśli chodzi o powyższe wymogi nowym i słusznym (zarówno w interesie świadczeniodawcy jak i pacjentów) jest powszechny obowiązek posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w tym także dodatkowego przez szpitale.

Nowe przepisy eliminują możliwość zakładania nowych SPZOZ natomiast co do istniejących dokonują zasadniczo tylko modyfikacji poprzedniego stanu prawnego. Generalnie ustawodawca pozostawił dotychczasowy model zarządzania i finansowania SPZOZ. Problemem jednakże jest obecnie kwestia osobowości prawnej SPZOZ (jej braku).

Nowym w stosunku do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wskazanym wprost przez ustawodawcę źródłem finansowania działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest pokrywanie ujemnego wyniku finansowego zakładu przez podmiot tworzący. Ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej ustanawia także, co stanowi novum, jednakowe zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą (regulacja dotyczy m.in. SPZOZy, ale także przedsiębiorców).

Uregulowanie możliwości przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową należy uznać za najistotniejszą zmianę w systemie ochrony zdrowia wynikającą z nowej ustawy o działalności leczniczej. Należy przyjąć, iż ustawa opiera procedurę przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę na zasadzie dobrowolności, co oznacza, że wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie będą musiały się obligatoryjnie przekształcać i takie rozwiązanie należy uznać za słuszne. Jednakże zawarte w ustawie instrumenty prawne (możliwość otrzymania dotacji), a także zadłużenie SPZOZ może być bodźcem do przekształceń. Forma spółki kapitałowej powinna usprawnić i ułatwić funkcjonowanie podmiotu leczniczego na rynku, jednakże sama zmiana formy prawnej nie zniweluje błędów osób zarządzających podmiotami leczniczymi i dysydentów systemu ochrony zdrowia. Ponadto forma klasycznej spółki handlowej, która ze swej istoty ma działać dla zysku niekoniecznie może okazać się dobra dla pacjentów szczególnie w zakresie ich dostępności do opieki medycznej. Do końca roku 2011 nie nastąpiły przekształcenia SPZOZów, co spowodowane było m.in. brakiem przepisów wykonawczych do ustawy o działalności leczniczej (pojawiły się one dopiero w połowie stycznia 2012).

Grzegorz Chałupczak

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Zarządzanie w ochronie zdrowia na przykładzie kas chorych w Republice Federalnej Niemiec

National Health Societies in the Federal Republic of Germany as an Example of Management in the System of Health Insurance

Summary: The modern system of social insurance originated in the second part of the 19th century and its birth is integrally related to the history of Germany and Bismarck's epoch. At that time the foundation for the German social policy were laid. Up till now they have been based, among others, on the principle of the decentralization of units working within the limits of medical service system, which is closely connected with the principle of the autonomy of these units.

In the present study the practical application of the institution of national health societies to the public system of health protection is presented, which is illustrated by the organizational structure of German national health societies. The research yields the analysis of law regulations which govern the nature of the national health societies. It is emphasized that the self-government, which functions in the limits of the German health insurance, has successfully adapted to the rapid changes taking place in the German society. The author also underlines the influence of the self-government on the foundation of Germany's social and economic policy. Furthermore, he comes to a conclusion that for over the century the German health insurance system has developed into a complex system, which works effectively and which is aimed at the protection of the insured from the disease risk.

1. Uwagi wstępne

Cechą charakterystyczną niemieckiego systemu ochrony zdrowia od początku jego istnienia jest decentralizacja jednostek zarządzających poszczególnymi obszarami funkcjonowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Istotna rola w realizacji wskazanej zasady przypadła w udziale kasom chorych, których status korporacji prawa publicznego znajduje swoje podstawy konstytucyjne.¹ Rozwinięcie przepisów konstytucji znajdujemy w dwóch aktach prawnych rangi ustawowej – Czwartej i Piątej Księdze Kodeksu Socjalnego,² które w sposób kompleksowy regulują zasady funkcjonowania, w tym również zarządzania niemieckim systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Niniejsza praca zawiera wyniki analizy podstaw prawnych funkcjonowania w niemieckim porządku normatywnym kas chorych, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji kompetencji zarządzających powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Republice Federalnej Niemiec. Podjęta została również próba dokonania oceny niemieckich rozwiązań normatywnych w objętym badaniami obszarze zarządzania w ochronie zdrowia.

2. Kasy chorych w systemie zarządzania powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Republice Federalnej Niemiec

W doktrynie niemieckiego prawa socjalnego kasy chorych określa się mianem autonomicznych i samorządnych jednostek wykonujących zadania administracji publicznej, zbudowanych na zasadzie członkostwa, których istnienie niezależne jest jednak od substratu osobowego [Wolff, Bachof 1976, § 84 II b]. Wykonują one powierzone im zadania na własną

¹ Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (GG), „Bundesgesetzblatt” S. 1, art. 87 ust. 2.

² Sozialgesetzbuch (SGB IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. 12.1976, „Bundesgesetzblatt” I, s. 3845; Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, „Bundesgesetzblatt” I, s. 2477.

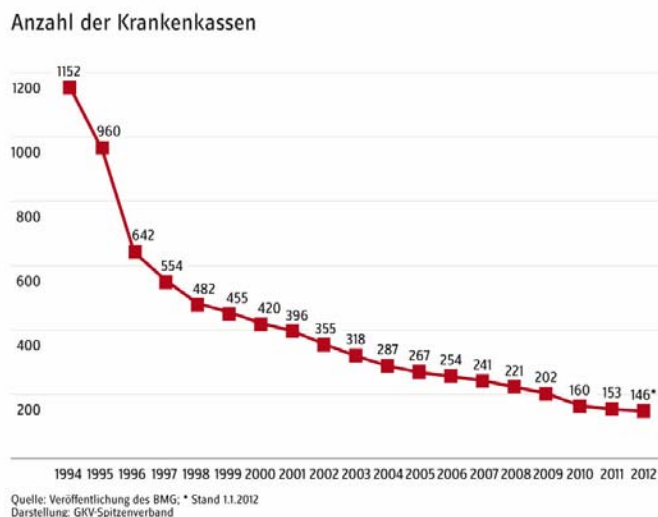
odpowiedzialność poza zakresem działania należącym bezpośrednio do państwa [Forsthoff 1973, § 24, RdNr. 1]. Według danych Związkowego Ministerstwa Zdrowia na dzień 1 stycznia 2012 r. funkcje zarządzające w ramach niemieckiego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wykonywało 146 kas chorych. Obecna liczba kas chorych jest wynikiem postępujących procesów konsolidacyjnych, które przybrały na sile w drugiej połowie XX, co obrazuje rysunek nr 1 i nr 2.

Rysunek 1. Liczba kas chorych w latach 1970–2012



Źródło: „Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf – Konzentrationsprozess durch Fusionen” [online], GKV-Spitzenverband, [dostęp 28 lutego 2012], dostępny w World Wide Web: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Grafik_Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2012_600_2012-01-04_18682.jpg

Rysunek 2. Liczba kas chorych w latach 1994–2012



Źródło: „Anzahl der Krankenkassen” [online], GKV-Spitzenverband, [dostęp 28 lutego 2012], dostępny w World Wide Web: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV-Kennzahlen_Krankenkassen_2011_18642.jpg

Samorządność w działalności zarządzającej kas chorych przejawia się zarówno w odniesieniu do stosunków zachodzących pomiędzy kasami a innymi podmiotami, w szczególności ubezpieczonymi oraz usługodawcami, jak również w odniesieniu do spraw wewnętrznych każdej kasy chorych, do których zalicza się zagadnienia normatywne, organizacyjne, finansowe, a także kadrowe. Podkreślić należy jednak, iż zasada samorządności nie ma charakteru bezwzględnego, gdyż jej granice wynikają z przepisów Kodeksu Socjalnego. Dla przykładu, poza kompetencjami kas chorych pozostawione zostały zagadnienia dotyczące charakteru i minimalnego zakresu świadczeń przysługujących ubezpieczonym, czy podmiotowego zakresu ubezpieczenia.

Najbardziej charakterystyczną cechą niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego jest jednak decentralizacja działających w jego zakresie jednostek organizacyjnych [Schnapp 1994, s. 1193]. polegająca na przekaza-

zaniu kompetencji zarządzających szeregu podmiotom, wśród których zasadniczą rolę odgrywają regionalne kasy chorych. Jak sama nazwa wskazuje, kasy te tworzone były w oparciu o kryterium terytorialności i ich właściwość odnosi się do ściśle określonego regionu państwa, głównie landu. Poza kasami regionalnymi zarządzanie ochroną zdrowia w Niemczech realizowane jest przez tzw. kasy zakładowe, powoływane przez pracodawców dla jednego lub wielu zakładów [Rode 1975, s. 160–161]. Podobnie jeden lub kilka cechów rzemieślniczych mogą utworzyć cechową kasę chorych dla rzemieślników zrzeszonych w cechu. Kolejną grupę podmiotów realizujących kompetencje zarządzające ochroną zdrowia w Niemczech stanowią tzw. kasy zastępcze. Cechą charakterystyczną kas zastępczych była możliwość nabycia członkostwa poprzez wykonanie prawa wyboru, będącego wyjątkiem od zasady ustawowego obowiązku ubezpieczenia *ipso iure* w kasie regionalnej, cechowej lub zakładowej, bez prawa wyboru kasy innego rodzaju. Sytuacja taka miała miejsce do końca 1995 r., kiedy to zasada ustawowego przypisania członków do określonej kasy chorych zastąpiona została zasadą swobodnego wyboru kasy przez ubezpieczonych³. Strukturę instytucji zarządzających niemieckim ubezpieczeniem zdrowotnym uzupełniają: Morska Kasa Chorych, Federalne Bractwo Górnicze oraz rolnicze kasy chorych.

Każda kasa chorych działająca w obrębie landu zobowiązana jest przynależeć do właściwego dla niej krajowego związku kas chorych (§ 207 SGB V). Występują więc krajowe związki kas regionalnych, kas zakładowych czy cechowych, które zrzeszają działające na obszarze landu kasy danego rodzaju. Krajowe związki kas regionalnych, zakładowych i cechowych tworzą z kolei właściwy ze względu na rodzaj kasy związek federalny (§ 212 SGB V). Do zakresu podstawowych prerogatyw związków kas chorych zalicza się uzgadnianie ogólnej treści umów na świadczenie usług zdrowotnych, ustalanie jednolitych spisów świadczeń, doradztwo i kształcenie, rozstrzyganie sporów o właściwość, prowadzenie badań rynku ubezpieczeniowego czy też opracowywanie pro-

³ Zmiana nastąpiła na mocy: Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG) vom 21.12.1992, „Bundesgesetzblatt“ I, s. 2266.

gramów rozwoju powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W niemieckim systemie ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonuje ponadto pojęcie związków naczelnych, pod którym rozumieć należy federalne związki kas chorych, związki kas zastępczych, Federalne Bractwo Górnicze oraz Morską kasę Chorych. Zadania ciążyące na związkach naczelnych wykonywane są w większości przypadków wspólnie przez wszystkie związki. W tym miejscu wymienić należy przykładowo: określanie dopłat przy zabiegach protetycznych czy zakupie środków farmaceutycznych i opatrunkowych, określanie wytycznych odnośnie współpracy kas chorych ze służbami medycznymi, wydawanie zaleceń ramowych odnośnie treści umów dotyczących leczenia szpitalnego czy ambulatoryjnego, wydawanie zaleceń dotyczących jednolitego stosowania warunków dopuszczenia usługodawców do świadczenia usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego [Chałupczak 2003, s. 65].

Jak już wspomniano, wykonywanie kompetencji zarządzających przekazane zostało organom kas chorych, których skład odzwierciedla jedną z podstawowych zasad niemieckiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, tj. zasadę samorządności. Zgodnie z przepisami Czwartej Księgi Kodeksu Socjalnego organami samorządu kas chorych są zgromadzenie przedstawicieli i zarząd, w których członkostwo jest honorowe (§ 31 SGB IV). Dualistyczną strukturę samorządu uzupełnia kierownik, nie będący jednak organem stricte samorządowym i wykonujący swoje zadania za wynagrodzeniem. W kasach regionalnych, zakładowych, cechowych i zastępczych miejsce zgromadzenia przedstawicieli zajmuje rada zarządzająca. Wspólne organy samorządu posiadają rolnicze kasy chorych oraz rolnicze spółdzielnie zawodowe, przy których kasy te działają.

Liczba członków samorządowych organów kasy chorych wynika z postanowień podstawowego aktu prawnego regulującego organizację każdej z kas, jakim jest statut. Liczba ta uzależniona jest od wielkości kasy, nie może jednak przekraczać 60 osób, jeśli chodzi o zgromadzenie przedstawicieli i 30 w przypadku rady zarządzającej. Podkreślić należy, iż organy te składają się po połowie z przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców, za wyjątkiem organów ubezpieczenia górniczego, w których przedstawiciele ubezpieczonych stanowią 2/3 składu osobowego, jak również organów kas zastępczych złożonych w całości

z przedstawicieli ubezpieczonych [Schnapp 1994, s. 1206]. Regulacje dotyczące składu osobowego samorządowych organów kasy chorych stosuje się odpowiednio również do zarządu kasy, co powoduje, iż organ ten w kasach chorych posiadających nie więcej niż 500 000 członków składa się maksymalnie z 2 osób (§ 35a SGB IV). Jeśli liczba członków przekracza pół miliona skład może powiększyć się najwyżej o jedną osobę. Członkowie zarządu wybierani są przez radę zarządzającą na 6-letnią kadencję, przy uwzględnieniu odpowiedniego doświadczenia kandydatów.

Kompetencje prawodawcze wykonywane są co do zasady przez zgromadzenie przedstawicieli, w którego zakresie działania znajduje się między innymi uchwalanie statutu i innych aktów prawa wewnętrznego regulujących funkcjonowanie kasy chorych (§ 33 SGB IV). Zgromadzenie przedstawicieli dokonuje ponadto wyboru zarządu, kierownika i jego zastępcy. Zadania zgromadzenia przedstawicieli odnieść należy odpowiednio do zakresu kompetencji rady zarządzającej, której uprawnienia w stosunku do zarządu mają jedynie charakter nadzorczy, a nie kreacyjny. Do kompetencji rady zarządzającej należy w szczególności podejmowanie wszystkich decyzji mających podstawowe znaczenie dla kasy, w tym: ustalanie planu budżetowego, udzielanie zarządowi absolutorium, reprezentowanie kasy chorych wobec zarządu i jego członków, nabywanie i zbywanie nieruchomości będących własnością kasy chorych oraz ustanawianie na nich ograniczonych praw rzeczowych, czy wreszcie rozstrzyganie w kwestii rozwiązania kasy chorych lub jej połączenia z inną kasą (§ 197 SGB V). W zakresie uprawnień rady zarządzającej mieści się ponadto określenie wysokości składki ubezpieczeniowej pobieranej do jej członków. Ustawa wyróżnia składkę o tzw. wysokości ogólnej, która wynosi obecnie 15,5% podstawy wymiaru, składki o wysokości podniesionej i obniżonej w stosunku do wysokości ogólnej, jak również przewiduje szczególną jej wysokość wobec określonego kręgu ubezpieczonych (§ 241–248 SGB V).

Faktyczne kompetencje w zakresie zarządzania działalnością kasy chorych i reprezentowania jej na zewnątrz powierzone zostały zarządowi kasy, który określa się mianem centralnego organu zarządzającego (§ 35 SGB IV). Zarząd uprawniony jest do wydawania wytycznych w zakresie działalności bieżącej kasy, do których realizacji zobowiązuje kie-

rownika, z drugiej zaś strony zarząd realizuje wytyczne rady zarządzającej. Zarząd kasy chorych odpowiedzialny jest ponadto za sprawy kadrowe, finansowe, planowania oraz inwestycje podejmowane przez kasę. O wszelkich czynnościach mających istotne znaczenie dla funkcjonowania kasy chorych, jak również o aktualnej i przewidywanej sytuacji finansowej kasy, zarząd zobowiązany jest informować radę zarządzającą. W ramach wydawanych przez zarząd wytycznych, każdy z jego członków sprawuje samodzielny zarząd w zakresie przydzielonych mu obowiązków. W przypadku różnicy zdań pomiędzy członkami zarządu rozstrzygnięcie podejmuje zarząd *in corpore*, a w sytuacji równości głosów głos decydujący posiada przewodniczący.

Do zakresu działania zarządu należy również kontraktowanie usług w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych na mocy przepisów Piątej Księgi Kodeksu Socjalnego lub przyznanych na podstawie postanowień statutu kasy chorych. W ten sposób następuje realizacja kolejnego zobowiązania kasy chorych polegającego na zapewnieniu ubezpieczonemu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych z aktualnym stanem nauk medycznych w zakresie określonym odpowiednimi przepisami prawa. Świadczenia te mają być wystarczające i celowe do wypełnienia zadań stojących przez ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym, nie powinny przekraczać koniecznej miary i charakteryzować się rzeczowością, fachowością oraz gospodarnością (§ 70 SGB V). Celem służącym realizacji powyższych założeń stały się umowy zawierane przez zarząd z przedstawicielami usługodawców, których postanowienia tworzone muszą być z uwzględnieniem zasady stabilności składki ubezpieczeniowej. Umowy te odwołują się do postanowień porozumień zawieranych przez związki kas chorych ze zrzeszeniami różnych grup świadczeniodawców oraz wytycznych Wspólnej Komisji Związkowej. Podkreślić należy jednak, iż szczegółowy zakres świadczeń udzielanych przez konkretną grupę świadczeniodawców określają wspólnie naczelne związki kas chorych oraz związkowe stowarzyszenie świadczeniodawców. Piąta Księga Kodeksu Socjalnego zawiera ponadto upoważnienie skierowane do zarządów kas chorych, na mocy którego mogą one zawierać stosowne umowy ze świadczeniodawcami w celu zagwarantowania swoim członkom prawa do świadczeń ubezpiecze-

niowych innych niż określone ustawowo lub statutowo, w tym także ze świadczeniodawcami z innych państw członkowskich Unii Europejskiej (§ 140a–140e SGB V).

Kontraktowanie niektórych świadczeń ochrony zdrowia powierzone zostało do kompetencji innych organów niż zarząd kasy chorych. Odnosi się to w szczególności do świadczeń z zakresu leczenia stacjonarnego oraz pomocy położniczej, czy wreszcie fachowo-medycznych świadczeń opieki lekarskiej (§ 107 SGB V). Do udzielania ww. świadczeń w ramach niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego uprawnione są placówki związane stosowną umową z krajowymi związkami kas chorych lub związkami kas zastępczych, określane wspólnym pojęciem „uprawnionych szpitali” (§ 108 SGB V). Umowa o udzielanie przez szpitale świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego zawierana jest więc pomiędzy krajowymi związkami kas chorych oraz związkami kas zastępczych a przedstawicielami szpitali działających na obszarze landu. Umowy te regulują w szczególności ogólne warunki leczenia szpitalnego oraz kontrolę jego przeprowadzania. Podobne zasady odnoszą się do zaopatrzenia w środki farmaceutyczne, które określane są pomiędzy naczelnymi związkami kas chorych a naczelnymi organizacjami przedsiębiorców farmaceutycznych (§ 131 SGB V).

Poza organami samorządu pozostaje kierownik lub powoływane, w przypadku kasy chorych posiadającej więcej niż półtora miliona ubezpieczonych, trzyosobowe kierownictwo. Kompetencje wskazanych podmiotów polegają na wykonywaniu bieżących czynności administracyjnych (§ 36 SGB IV). Za pomocą tego dość nieostrego pojęcia dokonano rozgraniczenia zakresu właściwości zarządu i kierownika [Chałupczak 2003, s. 69]. Doktryna niemieckiego prawa socjalnego przyjmuje, iż w zakres bieżących czynności administracyjnych wchodzi przede wszystkim czynności administracyjno-prawne dokonywane regularnie w zakresie działalności kasy chorych, które nie posiadają pod względem gospodarczym i rzeczowym kluczowego znaczenia dla jednostki [Reichert 1984, s. 115]. Do zakresu tych czynności zaliczyć należy przede wszystkim sprawy związane z poborem i rozliczaniem przychodów z tytułu składek ubezpieczeniowych, członkostwem w kasie chorych, tj. przyjmowanie w poczet członków i ustanie członkostwa, wydawanie

dokumentów potwierdzających uzyskanie statusu członka kasy chorych a zarazem ubezpieczonego, jak również dokonywanie zwrotu kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonego członka kasy czy wreszcie realizowanie rozliczeń w przypadku partycypacji ubezpieczonych w kosztach leczenia.

3. Uwagi końcowe

Niemieckie, ponad stuletnie doświadczenia w zarządzaniu ubezpieczeniowym systemem ochrony zdrowia są najlepszym świadectwem skuteczności przyjętych rozwiązań opartych na zasadach samorządności i decentralizacji jednostek realizujących zadania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nadmienić należy, iż w okresie funkcjonowania niemieckiego systemu ochrony zdrowia podejmowane były próby odejścia od przyjętych pierwotnie zasad, które nie wpłynęły jednak w sposób trwały na jego charakter [Peters, Mengert 1985, s. 41; Schlenker 1994, s. 14]. Również w czasach nam współczesnych zauważalna jest tendencja konsolidacji organizacyjnej kas chorych, która nie przybiera jednak charakteru centralizacji jednostek organizacyjnych zarządzających niemieckim systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Obowiązujący w Niemczech Kodeks Socjalny stanowi gwarancję funkcjonowania różnorodnych kas chorych, które jako samorządne korporacje prawa publicznego, niezależne od władzy państwowej, mają możliwość łączenia się w celu efektywniejszej realizacji powierzonych im zadań. Rozwiązania przyjęte w Republice Federalnej Niemiec stanowią również swoistą gwarancję dla kształtowania działalności kas chorych w oparciu o zasadę konkurencyjności, mając na uwadze prawo wyboru kasy przez ubezpieczonego. Powoduje to, iż kasa chorych w sposób efektywniejszy zarządzająca posiadanymi zasobami jest w stanie w szerszym zakresie zaspokoić potrzeby swoich członków związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych. To z kolei przekłada się na zwiększenie w takiej kasie chorych liczby jej członków, których składki zasilają jej budżet.

Z przeprowadzonej analizy podstaw prawnych funkcjonowania kas chorych w niemieckim porządku normatywnym wynika, iż możliwe jest skuteczne powierzenie kompetencji zarządzających tym tak ważnym

społecznie obszarem szeregu instytucji o charakterze ubezpieczeniowym, zorganizowanym w oparciu o zasadę samorządności. Rozwiązania organizacyjne, funkcjonujące współcześnie w ramach niemieckiego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, bazują ponadto na zasadzie udziału zarówno czynnika społecznego, jak i profesjonalnego w wykonywaniu powierzonych funkcji. Ma to bezpośredni wpływ na budowanie i wzmocnienie poczucia odpowiedzialności społecznej za stan systemu ochrony zdrowia.

Pamiętać należy jednak, iż otoczenie społeczno-gospodarcze, w ramach którego funkcjonują instytucje zarządzające systemem ochrony zdrowia, ulega stałym przeobrażeniom. Wymusza to konieczność stałego monitorowania skuteczności realizacji zadań w obszarze ochrony zdrowia i poszukiwania rozwiązań, które pozwolą na utrzymanie efektywnego systemu opieki zdrowotnej. Wydaje się, iż rozwiązania systemowe przyjęte w Republice Federalnej Niemiec, oparte na zasadach samorządności i decentralizacji jednostek wykonujących zadania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pozwalają na skuteczną realizację powyższego celu. Nie można jednak nie zauważyć pewnych trudności w funkcjonowaniu niemieckiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, spowodowanych między innymi niekorzystnymi zmianami demograficznymi oraz ciągłym rozwojem nauk medycznych. Odpowiedzią na czynniki destabilizujące funkcjonowanie rozwiązań przyjętych w badanym obszarze są konsekwentne działania reformatorskie, podejmowane cyklicznie i realizujące postulat ewolucyjnego rozwoju niemieckiego systemu ochrony zdrowia.

Literatura

- Chałupczak G. (2003), *Kasy chorych w systemie ubezpieczenia zdrowotnego Republiki Federalnej Niemiec*, „Studia Iuridica Lublinensia”, tom 2.
- Forsthoft E. (1973), *Lehrbuch des Verwaltungsrechts*, Band 1, 10. Auflage.
- Peters H., Mengert G. (1985), *Geschichtliche Entwicklung der Krankenversicherung*, [w:] *Handbuch der Krankenversicherung*, Teil II, Band 1, 18. Auflage.
- Reichert K. (1984), *Die Rechtsbeziehungen zwischen Vorstand und Geschäftsführer in der Sozialversicherung*, „Die Sozialversicherung”, nr 1.

- Rode K. (1975), *Die Betriebskrankenkasse - eine privatautonom errichtete öffentliche Körperschaft?*, „Die Betriebskrankenkasse“, nr 7.
- Schlenker R.-U. (1994), *Geschichte und Reformperspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung*, [w:] Handbuch des Sozialversicherungsrechts, red. B. Schulin, München.
- Schnapp F. E. (1994), *Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung*, [w:] Handbuch des Sozialversicherungsrechts, red. B. Schulin, München.
- Wolff H. J., Bachof O. (1976), *Verwaltungsrecht II*, 4. Auflage.
- Akty prawne:
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG) vom 21.12.1992, „Bundesgesetzblatt“ I, s. 2266.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (GG), „Bundesgesetzblatt“, S. 1.
- Sozialgesetzbuch (SGB IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung vom 23. 12.1976, „Bundesgesetzblatt“ I, s. 3845.
- Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988, „Bundesgesetzblatt“ I, s. 2477.

Rozdział II.

ZARZĄDZANIE ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

Barbara Kożuch¹

Instytut Spraw Publicznych UJ

Anna Tylek²

Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia

Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia

Current concepts in managing of public-health organisations

Abstract: The aim of the work is to know which modern concepts of management are used in health services. Investigations enhanced theoretical and empirical aspects of implementation these concepts. Provided research showed that managers are familiar with many concepts, but only a few of them are implemented in many surveyed organizations.

1. Wstęp

Praca poświęcona jest implementacji nowych koncepcji zarządzania w praktyce publicznych organizacji ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem publicznych szpitali oraz samodzielnych publicznych zakładów zdrowotnych (SP ZOZ). Podstawę wnioskowania tworzy za-stany w literaturze przedmiotu dorobek zarządzania ogólnego i publicz-nego oraz rezultaty badań empirycznych Katedry Zarządzania Publicz-nego UJ w 2009 r., a także wieloletnia obserwacja uczestnicząca Anny Tylek pełniącej funkcje menedżera ochrony zdrowia. Badania empirycz-

¹ Autorstwo p. 1, p. 2. p.4.

² Autorstwo p. 3.

ne miały charakter ilustracyjny. Wykorzystano w nich kwestionariusz badawczy skierowany do 88 osób reprezentujących pielęgniarską kadre zarządzającą publicznymi zakładami opieki zdrowotnej województwa małopolskiego.

Wnioski sformułowane w procesie badawczym mogą być pomocne w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia, przede wszystkim jako punkt odniesienia w porównywaniu własnej sytuacji ze stanem wykazany w badanych organizacjach.

2. Współczesne koncepcje zarządzania

Współczesne koncepcje zarządzania (Kożuch 2011, s. 23–36) mają dwa główne źródła. Jedno z nich to nowe koncepcje powstałe na gruncie zarządzania ogólnego, drugie zaś źródło stanowią – dostosowywane do diagnozowanych potrzeb – zmodyfikowane modele zarządzania publicznego.

W nauce o organizacji dotychczas jednoznacznie nie określono różnicy pomiędzy koncepcjami oraz metodami zarządzania [Czerska, Szpitter, 2010; Brzozowski, Kopczyński, 2009; Lichtarski, 2006; Krupski, Łobos, 2004; Mikołajczyk, 2003]. Często więc przyjmuje się formułę „koncepcje i metody zarządzania”, odróżniając przy tym tradycyjne i nowoczesne ujęcia. Ponieważ jednak nauka o zarządzaniu ma charakter kumulatywny, właściwsze jest mówienie o współczesnych koncepcjach zarządzania. Pojęcie koncepcji może obejmować również metodę określaną jako usystematyzowane postępowanie, mające na celu rozwiązywanie problemów zarządzania organizacją. Współcześnie na wiele koncepcji składają się metody obudowane swoistą filozofią.

Do koncepcji dobrze zakorzenionych w systemie ochrony zdrowia zaliczyć można zarządzanie strategiczne. Natomiast do nowoczesnych koncepcji należą m.in.: *reengineering*, *total quality management* – kompleksowe zarządzanie jakością, *benchmarking*, *outsourcing*, *lean management*, zarządzanie projektami, zrównoważona karta wyników, organizacja ucząca się. Krótka charakterystyka nowych koncepcji zarządzania ogólnego.

nego pozwala zorientować się w głównych tendencjach zmian w zarządzaniu.

Obserwowana na gruncie zarządzania ogólnego zmiana w podejściu do jakości, zaowocowała powstaniem koncepcji *total quality management* (TQM), czyli kompleksowego zarządzania jakością. Pojęcie jakości związane jest z różnicami typów produktów (usług), co najłatwiej można zilustrować na przykładzie wyrobów przemysłu motoryzacyjnego: różne samochody uważane są za produkty wysokiej jakości, zważywszy na ich standard i cenę.

W zarządzaniu jakością ważnym pojęciem jest jakość totalna, posiadająca trzy aspekty: jakość projektowaną, czyli jakość wzorca określoną przez projektanta; jakość wykonania, tj. jakość faktycznie uzyskaną przez wytwórcę lub możliwą do wykonania przez niego; jakość wymaganą przez klienta, czyli omówioną wyżej jakość, której oczekuje nabywca produktu. Zarządzanie przez jakość przyjęło się w zarządzaniu publicznym, chociaż z dość dużym opóźnieniem w stosunku do biznesu.

Współcześnie do najważniejszych koncepcji zarządzania należy zarządzanie projektami jako bardziej zaawansowana forma zorganizowanego działania ludzi [Stabryła, 2006; Trocki, Grucza, Ogonek, 2009]. Cechą charakterystyczną naszej cywilizacji jest bowiem z jednej strony niebywała dynamika procesów technicznych i informacyjno-technologicznych, a z drugiej – nienadążanie sfery społecznej za rozwojem naukowo-technicznym i ekonomicznym. Dynamiczne procesy rozwojowe to nie tylko pozytywne zmiany, ale również pojawianie się nowych problemów i zagrożeń. Nie wystarcza więc zarządzanie organizacjami, a potrzebne stają się programy i projekty (pip) oraz właściwe zarządzanie nimi.

Zarządzanie projektami w zarządzaniu publicznym odgrywa szczególną rolę. Patrząc z perspektywy zarządzania publicznego, można dostrzec wyróżniające cechy programów publicznych. Najczęściej są uchwalane i przyjmowane, a następnie zarządzane przez jednostki samorządu terytorialnego. Ich realizacja prowadzi do powstania dóbr publicznych, tworząc nową jakość funkcjonalną, z której mają pożytek wszyscy mieszkańcy danego obszaru (są przedmiotem konsumpcji łącznej i nikogo nie można wykluczyć). We wdrażaniu programów i projektów uczestniczy na ogół wielu współdziałających ze sobą różnorodnych

partnerów, co nadaje szczególną rangę dwóm megafunkcjom zarządzania, tj. koordynowaniu i komunikowaniu się. Wdrażanie programów publicznych najczęściej obejmuje realizację wielu projektów, co rodzi zapotrzebowanie na sprawne zarządzanie projektami. Zarządzanie projektami uznaje się za nowy paradygmat akcentujący myślenie strategiczne. Łączy ono role i procesy oraz integruje metody zarządzania operacjami i zarządzania projektami.

Zarządzanie projektami można też definiować jako zestaw praktyk zarządczych zapewniających ścisłą integrację projektów z innymi operacjami przebiegającymi w organizacji, dostosowujących do siebie strukturę organizacji i jej procesy, harmonizujących projekty ze strategią, zasobami oraz kontrolą i nadzorem. Wdrażanie tej koncepcji pozwala przezwyciężyć niektóre niedostatki zarządzania publicznego.

Benchmarking to koncepcja opierająca się na założeniu, że we współczesnym świecie niemożliwe – ani dla człowieka, ani w przypadku całej organizacji – jest opanowanie całej wiedzy i wdrożenie najlepszych, nie dających się udoskonalić rozwiązań. Ponadto organizacja nie jest wyizolowana, ale stanowi element większych systemów, a dobrym punktem odniesienia są dla niej inne organizacje funkcjonujące w tej samej branży, od których można się wiele nauczyć. Dlatego ważne jest określanie wartości tego, co organizacja robi oraz porównywanie osiągniętych przez nią wyników z rezultatami innych i na tej podstawie ustalenie, jaką pozycję ta organizacja zajmuje na rynku, co i jak ma zrobić, by dorównać innym [Kowalak, 2009]. Nazwa metody pochodzi od słowa *benchmark*, które w topografii oznacza punkt orientacyjny, a w marynistyce – poziom zanurzenia statku, którego przekroczenie jest dla statku bardzo niebezpieczne. Jest to więc pewien wzorzec, norma, a jednocześnie punkt odniesienia [Mikołajczyk, 2003, s. 141]. Sama idea benchmarkingu jako porównywania się z innymi nie jest czymś nowym. Ludzie zawsze posługiwali się różnego typu wzorcami, traktując je jak punkt odniesienia dla ich własnych działań. Nowoczesny benchmarking jednak nie jest prostym porównywaniem się czy naśladowaniem cudzych zachowań i bezkrytycznym przejmowaniem wzorców. Jest raczej filozofią, której sednem jest stałe dążenie do doskonałości i wykorzystywanie w tym celu sprawdzonych rozwiązań w danej dziedzinie, powszechnie uznawanych

za najlepsze. Punktem odniesienia mogą tu być, naturalnie, zarówno firmy konkurencyjne jak i te, które działają w innych branżach, stosując jednak rozwiązania, które również gdzie indziej mogą się przydać. Do wad benchmarkingu można zaliczyć pojawiające się czasami zachowania nieetyczne, a nawet takie, które wykazują znamiona przestępstw. Udowodnienie kradzieży cudzej własności intelektualnej, a tym bardziej ukaranie jej sprawców bywa zazwyczaj rzeczą bardzo trudną, stąd też przodujące przedsiębiorstwa bronią się na ogół przed ujawnianiem ich nowatorskich rozwiązań i podawaniem ich do publicznej wiadomości jako wzorów, grozi im to bowiem utratą pozycji konkurencyjnej. Stosowanie tej koncepcji może też doprowadzić do tłumienia kreatywności i innowacyjności, gdyż pracownicy czują się zwolnieni z obowiązku bycia kreatywnymi w warunkach, gdy wystarczy naśladować innych [Czermiński i in., 2001, s. 508–513; Mikołajczyk, 2003, s. 143–147]. Jednak, ogólnie rzecz biorąc, zalety znacząco przeważają nad wadami tej koncepcji.

Koncepcja Lean Management umożliwia wyszczuplenie organizacji [Nogalski, 2010, s. 300–310; Czerska, 2009, s. 16]. Jej wdrażanie związane jest z zasadami myślenia oraz zasadami pracy w tym systemie [Martyniak, 1998; Poznańska, 1994]. Zasady tego myślenia są następujące: ukie-
runkowanie na przyszłość – przewidywanie, kształtowanie przyszłych działań; wrażliwość – rozumienie otoczenia i reagowanie adaptacyjne; globalność – rozważanie efektów całościowych i odwaga wobec złożoności; dynamiczność – wykorzystanie wszystkich posiadanych zasobów; ekonomiczność – eliminowanie marnotrawstwa.

Natomiast zasady pracy przedstawiają się następująco: praca grupowa; odpowiedzialność osobista; sprzężenie zwrotne; racja klienta; priorytet wartości dodanej; standaryzacja; ciągłe ulepszanie; natychmiastowe eliminowanie przyczyn błędów; przewidywanie; stopniowe doskonalenie.

Stosowanie się do zasad myślenia i zasad pracy w ramach systemu Lean Management – które w równym stopniu obowiązują kierownictwo, jak i pracowników – umożliwia autoorganizację. Dzięki temu można nią zastępować organizację zewnętrzną.

Outsourcing jako koncepcja zarządzania oznacza działanie polegające na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa macierzystego realizowanych przez nie funkcji i przekazaniu ich do realizacji

innym podmiotom gospodarczym [Trocki, 2000, s. 13]. Ma to na celu z jednej strony lepszą koncentrację organizacji na jej funkcjach podstawowych, a z drugiej – podniesienie poziomu wykonawstwa funkcji ubocznych przy jednoczesnym zmniejszeniu kosztów. Do podstawowych korzyści, jakie daje outsourcing, należy zaliczyć: możliwość ograniczenia inwestycji kapitałowych oraz skoncentrowania się na podstawowej działalności firmy, szansę na poprawę jakości usług oraz obniżenie ich kosztów, uzyskanie dostępu do specjalistycznej wiedzy oraz wzrost elastyczności firmy [Brilman, 2002, s. 272].

Przekazywanie niektórych funkcji poza obręb organizacji może przynosić negatywne skutki, np. na skutek wyprowadzenia z organizacji podstawowych elementów i pozbawienia się wpływu na nie. Może też dojść do przechwycenia przez konkurencję niewłaściwie chronionych informacji i osiągnięcia korzyści cudzym kosztem. Outsourcing w większości przypadków prowadzi do zwolnienia pracowników.

Pojęcie reengineeringu pochodzi z terminologii technicznej. Oznacza ono działanie polegające na rozkładaniu produktu na elementy składowe i poszukiwaniu możliwości zaprojektowania doskonalszej jego wersji [Robbins, 1998, s. 352]. M. Hammer i J. Champy w 1993 r. wykazali, że podobne podejście można zastosować do usprawniania organizacji, na nowo projektując zachodzące w niej procesy [Hammer, Champy, 1996, s. 46]. Reengineering według tych autorów jest procesem ciągłym, prowadzącym do doskonalenia organizacji. Jest permanentnym poszukiwaniem lepszych radykalnych, a nie stopniowych rozwiązań.

Reengineering w mniej radykalnej wersji zaproponowali D.C. Morris i J. Brandon, podkreślając, że oznacza on przeprojektowanie procesów przedsiębiorstwa i wprowadzenie nowych procesów [1994, s. 11, cyt. za: Mikołajczyk, 2003, s. 125].

W reengineeringu uwzględnia się przede wszystkim strategię organizacji i procesy organizacyjne, oczekiwania klienta, sposób tworzenia wartości dodanej, niedoskonałości obecnych procesów i potencjał radykalnej zmiany, wizję stanu, gdy zostaną wyeliminowane wszystkie niedociągnięcia i spełnione oczekiwania klientów. Za szczególnie ważne uznaje się szanse leżące w integracji procesów, które wspierają rolę wspomagających procesów, wykorzystanie techniki jako katalizatora radykalnych

zmian, restrukturyzację przedsiębiorstwa i sposobu zarządzania procesami, pozycję i rolę pracowników. Ważność ta dotyczy również subwizji oraz wprowadzenie w życie alternatywnych rozwiązań [Manganelli, Klein, 1998, s. 45].

Zrównoważona strategiczna karta wyników to zaawansowana koncepcja zarządzania strategicznego. W przedsiębiorstwach jest stosowana w celu właściwego rozwiązywania problemów zarządzania, których źródło tkwi w otoczeniu, czyli wykorzystywania szans i eliminacji lub ograniczania zagrożeń. Działania te są nakierowane na zwiększenie konkurencyjności. Charakterystyczne dla strategicznej karty wyników są jednocześnie uwzględniane wskaźniki finansowe i niefinansowe dla czterech perspektyw: finansowej, klienta, procesów wewnętrznych, nauki i rozwoju. Zrównoważona strategiczna karta wyników pozwala poznać związki przyczynowo-skutkowe pomiędzy tymi perspektywami.

Pomiędzy kartami wyników organizacji biznesowych oraz przedsiębiorstw występują różnice wynikające ze specyfiki tych organizacji. Najważniejszym celem strategicznym przedsiębiorstw jest wzrost konkurencyjności, a w przypadku organizacji publicznych to współdziałanie prowadzące do realizacji misji. Perspektywa finansowa tych pierwszych obejmuje zysk, wzrost ekonomiczny i udział w rynku, a w organizacjach publicznych chodzi o sprawność funkcjonowania i kreowanie wartości podzielanych przez społeczeństwo. Strategicznymi interesariuszami w biznesie są [Arveson, 2003, s.14] akcjonariusze i udziałowcy oraz nabywcy produktów, a w organizacjach publicznych obywatele jako wyborcy, podatnicy oraz odbiorcy dóbr i usług publicznych. W obu rodzajach organizacji pożądanym rezultatem jest satysfakcja klienta – nabywcy oraz klienta – obywatela.

Autorzy tej koncepcji podkreślają [Kaplan, Norton, 2001, s. 28–30], że skuteczne wdrożenie zrównoważonej karty wyników, powiązanej z systemami informacyjnym, motywowania i budżetowania wymaga zrozumiałego dla wszystkich formułowania celów oraz przyczynowo-skutkowego powiązania między sobą celów poszczególnych perspektyw, a także równoważenia celów finansowych z celami innych perspektyw. Ponadto niezbędne jest określenie mierników osiągnięć oraz mierników działania, służących osiągnięciu planowanej wartości.

Do najnowszych koncepcji należy organizacja ucząca się. Organizacyjne uczenie się jest przedmiotem uwagi badaczy organizacji i zarządzania od blisko pół wieku. Jak w przypadku innych stosunkowo nowych koncepcji organizacja ucząca się nie ma jednej powszechnie przyjętej definicji [Kożuch, 2011, s. 252–254]. Różnice w definiowaniu są związane z podkreślaniem wyróżniających aspektów i zalet tego rodzaju organizacji. Głównie są to następujące wyróżniki: rozszerzanie własnych możliwości kreowania swojej przyszłości; ciągłe uczenie się wszystkich członków organizacji; pozyskiwanie, tworzenie i rozpowszechnianie wiedzy; kreowanie wartościowych efektów w postaci innowacji; ciągła adaptacja do zmian zachodzących w otoczeniu i nieustający rozwój, przekształcanie się, aby osiągnąć założone cele; weryfikacja i zmiana modeli myślowych pracowników prowadząca do maksymalnej elastyczności. Pozytywne rezultaty uczenia się wymagają zarządzania opartego na otwartości, myśleniu systemowym, kreatywności, skuteczności i zdolności uczenia się.

Współczesne koncepcje zarządzania różnią się między sobą, ale też mają wspólne elementy. Do nich można zaliczyć zdolność do wykorzystania w procesie zmian, zorientowanie na klienta, przywiązywanie wagi do komunikowania się w organizacji.

Przeprowadzone rozważania prowadzą do wniosku, że skuteczność i ekonomiczność organizacji publicznych łatwiej jest osiągnąć, gdy menedżerowie publiczni mają wiedzę i odpowiednie umiejętności oraz przekonanie, że instrumentarium zarządzania publicznego jest przydatne w praktyce zarządzania organizacjami zorientowanymi na zaspokajanie potrzeb zbiorowych społeczeństwa. Dotyczy to zarówno koncepcji zarządzania ogólnego zaadaptowanych do potrzeb organizacji publicznych, jak i metod specyficznych zarządzania publicznego. Te ostatnie są co prawda mało znane albo ich wdrażanie dopiero się rozpoczęło. Kompetencje związane z nowoczesnymi koncepcjami zarządzania publicznego, w szczególności ich dobór stosownie do konkretnych sytuacji, poprawiają jakość decyzji podejmowanych przez menedżerów organizacji publicznych.

Jednak często dokonywane próby prostej aplikacji metod i technik biznesowych do rzeczywistości organizacyjnej urzędów nie przynoszą

pożądanych rezultatów. W bardzo wielu przypadkach bowiem okazuje się, iż transfer koncepcji zarządzania z jednego sektora do drugiego jest niemożliwy, gdyż nie zapewnia połączenia rozwiązania problemów funkcjonowania organizacji z odpowiednimi podejściami. Natomiast koncepcje uwzględniające specyfikę działalności organizacji publicznych są skutecznymi instrumentami zarządzania publicznego, ale ich praktyczna przydatność została potwierdzona w nielicznych przypadkach z uwagi na niedostateczne ich rozpowszechnienie.

W Polsce na ogół koncepcje te należą do mało rozpoznanych. W praktyce bowiem dominuje wprowadzanie niewielkich zmian jako adaptowanie koncepcji ogólnych, wypracowanych dla biznesu. Ta okoliczność jest jednym z głównych ograniczeń skutecznego zarządzania organizacjami publicznymi w Polsce.

3. Wykorzystanie nowych koncepcji zarządzania w organizacjach ochrony zdrowia w świetle badań empirycznych

Wyniki badań (Tylek 2011, s. 71–87) dotyczące koncepcji zarządzania wykorzystywanych w placówkach medycznych, potwierdzają, publikowane w literaturze poglądy, zgodnie z którymi powszechnie znane i stosowane koncepcje zarządzania w sektorze ochrony zdrowia to zarządzanie jakością i outsourcing. Szczególną rolę respondenci przypisali właśnie zarządzaniu jakością – 83 odpowiedzi i outsourcingowi – 82 odpowiedzi. Niżej oceniono zarządzanie projektami – 33 odpowiedzi i organizację uczącą się – 22 odpowiedzi (25%). Znacznie mniej wskazań padło na benchmarking i zrównoważoną strategiczną kartę wyników po 9 odpowiedzi. Najrzadziej wykorzystywane koncepcje zarządzania w opinii badanych to lean management – 3 odpowiedzi i reengineering – 2 odpowiedzi.

Uzyskane wyniki pokazują, że menedżerowie stosują nowe instrumenty w zarządzaniu publicznymi placówkami medycznymi od wielu lat, stąd ich dobra znajomość ale ograniczająca się do trzech wiodących koncepcji zarządzania. Kolejny wniosek to ciągle zbyt małe zaintereso-

wanie pozostałymi koncepcjami zarządzania, stąd nadawanie im małego znaczenia, a niekiedy nawet ich pomijanie.

Tabela 1. Wykorzystywane nowe koncepcje zarządzania w opinii badanych według kategorii placówki

Lp.	Wyszczególnienie	A		B		Razem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	Reengineering	2	1,2	0	0,0	2	0,8
2	Outsourcing	59	34,1	23	32,4	82	33,6
3	Lean management	1	0,6	2	2,8	3	1,2
4	Benchmarking	7	4,1	2	2,8	9	3,7
5	Zarządzanie jakością	58	33,5	25	35,2	83	34,0
6	Organizacja ucząca się	15	8,7	7	9,9	22	9,0
7	Zarządzanie projektami	24	13,9	9	12,7	33	13,5
8	Zrównoważona strategiczna karta wyników	7	4,1	2	2,8	9	3,7
9	Inne	0	0,0	1	1,4	1	0,4
	Razem	173	100,0	71	100,0	244	100,0

A – szpital B – ZOZ

Źródło: badania własne z 2009 r.

Taka sytuacja wymaga edukacji kadry menedżerskiej z zastosowania pozostałych nowych koncepcji zarządzania w celu dokonywania właściwego wyboru w ich wdrażaniu dla poszczególnych organizacji ochrony zdrowia. Jedną z koncepcji tj. benchmarking stosowana jest wewnętrznie w zakresie działalności zakładu opieki zdrowotnej i oparta jest wykorzystaniu doświadczeń, poradni, przychodni, oddziałów, laboratoriów. Również w praktyce realizowany jest benchmarking zewnętrzny polegający na porównywaniu się z innymi zakładami opieki zdrowotnej i działającymi podmiotami. Stosowane działania o właściwościach benchmarkingu mają miejsce w praktyce, ale nie zawsze są kojarzone z pojęciem tej koncepcji zarządzania.

Niektóre z koncepcji są od kilku lat stale obecne w praktykach zarządczych zakładów opieki zdrowotnej z racji przynoszonych korzyści –

do nich zalicza się outsourcing oraz zarządzanie jakością, zarządzanie projektami. Wykazują one tendencje rozwojowe i są powszechnymi instrumentami w zarządzaniu. Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania poprawia sprawność zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej, zwiększając ich koncentrację na działalności statutowej oraz posiadanych zasobach [Klich, 2010, s. 299]. Ma też przynieść redukcję kosztów i zwiększyć efektywność struktury zatrudnienia dzięki dostosowaniu jej do zadań i zachodzących zmian w otoczeniu. Konkurencja wymusza większą dbałość o jakość oferowanych usług. Zmienił się sposób postrzegania pacjenta, który obecnie traktowany jest jako podmiot o znaczącej roli w relacji z zakładem opieki zdrowotnej [Rudawska, 2010, s. 176]. Niektóre z koncepcji zarządzania pojawiły się w sektorze ochrony zdrowia niedawno, z chwilą wejścia Polski do Unii Europejskiej, jak np. zarządzanie projektami. Zaniechanie doboru kompetentnego kierownika projektu, wdrożenia narzędzi informatycznych i innych instrumentów zarządzania prowadzi do konfliktów, trudnych relacji z zewnętrznymi i wewnętrznymi partnerami, co może doprowadzić do niepowodzeń projektów.

Zarządzanie projektami cechuje wyznaczanie celów, które dotyczy całego cyklu jego życia. Właściwości celów to: obiektywizm, czyli realna możliwość osiągnięcia; wymierność, czyli możliwość oszacowania wartości; terminowość, czyli przedział czasowy na realizację; ambicja, czyli wzbudzanie motywacji i odczucia wyzwania (Lendzion, Stankiewicz-Mróz, 2005, s. 133).

Przyczyną przesądzającą o wyborze nowej koncepcji zarządzania (tab. 2) są najczęściej: dążenie do zwiększenia skuteczności zarządzania i wzrost wymagań otoczenia, a następnie wykorzystywanie posiadanych zasobów organizacyjnych i zwiększenie konkurencyjności. Jako kolejne wybierano: wymogi instytucji nadzorujących pracę danej placówki medycznej, ograniczenie bieżących problemów organizacyjnych oraz wewnętrzne sytuacje kryzysowe. Respondenci sporadycznie wskazywali jeszcze jako przyczyny decydujące o zastosowaniu nowej koncepcji takie kwestie, jak: osiąganie sukcesów rynkowych i moda na określone koncepcje zarządzania.

Tabela 2. Najważniejsze przyczyny wyboru nowej koncepcji zarządzania w opinii badanych według kategorii placówki

Lp.	Wyszczególnienie	A		B		Razem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%
1	Ograniczenie bieżących problemów organizacyjnych	25	10,3	10	10,0	35	10,2
2	Wykorzystanie posiadanych zasobów organizacyjnych	26	10,7	15	15,0	41	12,0
3	Zwiększanie skuteczności zarządzania	45	18,6	19	19,0	64	18,7
4	Zwiększanie konkurencyjności	29	12,0	12	12,0	41	12,0
5	Wzrost wymagań otoczenia	47	19,4	15	15,0	62	18,1
6	Osiąganie sukcesów rynkowych	13	5,4	7	7,0	20	5,8
7	Wewnętrzne sytuacje kryzysowe	15	6,2	8	8,0	23	6,7
8	Moda na określone koncepcje zarządzania	13	5,4	5	5,0	18	5,3
9	Wymogi instytucji nadzorujących pracę danej placówki medycznej	29	12,0	9	9,0	38	11,1
	Razem	242	100,0	100	100,0	342	100,0

A – szpital B – ZOZ

Respondenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: badania własne z 2009 r.

Dla szpitali i zakładów opieki zdrowotnej najważniejsze przyczyny wyboru koncepcji zarządzania podyktowane były wzrostem wymagań otoczenia i zwiększenia skuteczności zarządzania. Dodatkowo w czołówce najważniejszych przyczyn dla zakładów opieki zdrowotnej było wykorzystywanie posiadanych zasobów organizacyjnych. Inne przyczyny o mniejszym znaczeniu dla szpitali i zakładów opieki zdrowotnej to: zwiększenie konkurencyjności i wymogi instytucji nadzorujących. Dla szpitali mniejsze znaczenie niż dla zakładów opieki zdrowotnej miało wykorzystywanie posiadanych zasobów organizacyjnych i ograniczenie bieżących problemów organizacyjnych. Dla obu instytucji za najmniej

istotne przyczyny wyboru koncepcji zarządzania uznano: wewnętrzne sytuacje kryzysowe i osiąganie sukcesów rynkowych oraz modę na określone koncepcje zarządzania.

Wprowadzanie nowych koncepcji zarządzania, które są bardzo pojemne i zawierają w sobie zarówno podnoszenie jakości, dostosowanie struktur, wzmacnianie konkurencyjności i lepsze wykorzystanie pracowników oraz wzrost sprawności działania i wiele innych korzyści wymaga przeanalizowania aktualnej sytuacji organizacji, jakie daje szanse wprowadzenie nowej koncepcji oraz jakie niesie zagrożenia dla organizacji. Inicjatywa wprowadzania zmian powinna wyjść od naczelnego kierownictwa, które czuwa nad realizacją projektu. To od sprawności zarządzania zależna jest realizacja celów organizacji jej rozwój oraz realizacja misji. Każda organizacja podlega procesom zmian a jednocześnie zarządzanie ulega zmianom.

4. Wnioski

Przeprowadzone rozważania prowadzą do wniosku, że kadra menedżerska publicznych organizacji ochrony zdrowia jest zaznajomiona z nowymi koncepcjami zarządzania. Jednocześnie nie zaobserwowano pogoni za modą na nowe koncepcje. Świadczy o tym zainteresowanie tylko niektórymi z nich, najbardziej przydatnymi w działalności SP ZOZ-ów i publicznych szpitali.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły utrwalony w dorobku zarządzania w ochronie zdrowia prawidłowość, że w polskich warunkach najbardziej przydatne są outsourcing oraz zarządzanie jakością. Ważne jest także zarządzanie projektami, ale ta koncepcja jest doceniana dopiero w ostatnich kilku latach.

Mniejsze zainteresowanie innymi nowymi koncepcjami w części związane jest z ich ograniczoną przydatnością, np. reengineering czy lean management. Wywołane jest także niepełną wiedzą o możliwościach zastosowań lub też ograniczonymi zasobami placówek, które mogłyby w większym stopniu implementować nowe sposoby zwiększania skuteczności zarządzania publicznymi organizacjami ochrony zdrowia.

Bibliografia

- Arveson P., *A balance scorecard for city and county services*, Balance Scorecard Institute, Washington 2003.
- Brzozowski M., Kopczyński T., *Metody zarządzania*, UE Poznań 2009.
- Czermański A., Czerska M., Nogalski B., Rutka R., Apanowicz J., *Zarządzanie organizacjami*, Wyd. „Dom Organizatora”, Toruń 2001.
- Czerska M., *Zmiana kulturowa w organizacji*, Difin, Warszawa 2003.
- Czerska M., Szpitter A., *Koncepcje zarządzania*. C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Hammer M., Champy J., *Reengineering w przedsiębiorstwie*, Neumann Management Institute, Warszawa 1996.
- Kaplan R., Norton D., *Strategiczna karta wyników*. Praktyka. CIM, Warszawa 2001.
- Klich J., *Outsourcing jako alternatywa dla klasycznego podejścia do zasobów organizacji*, [w:] Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Kowalak R., *Benchmarking jako metoda zarządzania wspomagająca controlling przedsiębiorstwa*, UE, Wrocław 2009.
- Kożuch B., *Skuteczne współdziałanie organizacji publicznych i pozarządowych*, Instytut Spraw Publicznych UJ, Kraków 2011.
- Krupski R., Łobos K., *Cechy organizacji sieciowych*, w: Stabryła A. (red.), *Instrumenty i formy organizacyjne procesów zarządzania w społeczeństwie informacyjnym*. Tom 1. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Kraków 2004.
- Lendzion J., Stankiewicz-Mróz A., *Wprowadzenie do organizacji i zarządzania*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
- Lichtarski J., *Celowość wdrażania i stosowania współczesnych koncepcji i metod zarządzania w małych przedsiębiorstwach*. w: Jagoda H., Lichtarski J. (red.), *Nowe kierunki w zarządzaniu przedsiębiorstwem – celowość, skuteczność, efektywność*. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2006.
- Manganelli R.I., Klein M.M., *Reengineering. Metoda usprawniania organizacji*, PWE, Warszawa 1998.
- Martyniak Z., *System Lean Management*, Organizacja i Kierowanie 1998 nr 1.
- Mikołajczyk Z., *Zarządzanie procesem zmian w organizacjach*, GWSH, Katowice 2003.
- Nogalski B., *Lean Management*, w: Czerska M., Szpitter A., *Koncepcje zarządzania*. C.H. Beck, Warszawa 2010.
- Poznańska K., *Lean Management*, *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw* 1994 nr 1.
- Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 1998.
- Rudawska I., *Podstawy marketingu usług zdrowotnych*, w: Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Stabryła A., *Zarządzanie projektami ekonomicznymi i organizacyjnymi*, WN PWN, Warszawa 2006.
- Trocki M., *Kształtowanie struktur działalności gospodarczej*. *Organizacja i Kierowanie* 2000 nr 4.
- Trocki M., Grucza B., Ogonek K., *Zarządzanie projektami*, PWE, Warszawa 2009.
- Tylek A., *Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania a sprawność publicznych szpitali*, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ, Kraków 2011 (wydruk pracy doktorskiej).

Ryszard Jankowiak

Politechnika Koszalińska, Instytut Ekonomii i Zarządzania

PRZYCZYNEK DO STRATEGII ZARZĄDZANIA NIE-PUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Discussion of the strategic management of a non-public health care unit

Abstract: At present, market of public health care service is undergoing a transitional period of adjusting to market requirements. The downside and privatisation concept created by the state allow the non-public health care units to exist in parallel. Micro, small and medium-size health care units have a special role to play. Their changing environment and growing competition make managers to forward-thinking i.e. strategically. Another important factor of that phenomenon is the life cycle of an organisation, especially initial phase of 2–5 years, during which there is a high percentage of insolvency.

Managers must undertake strategic analysis of main opportunities and threats (including activities undertaken by NFZ), create modern infrastructure, appropriate selection and managing staff, which should guarantee high quality of service. It is also important to take advantage of synergy and join efforts of several separate non-public health care units into clusters which will be represented together in front of local government and other stakeholders. Strategic management in MSZOZ is not formal apart from the planning phase. Mission, vision and quality policy are announced in the environment in marketing publications.

1. Wstęp

Proces transformacji polskiej opieki zdrowotnej jest szczególną okazją do prowadzenie wszelkich analiz i budowania jej docelowego modelu. W ślad za rozwiązaniami stosowanymi przez przedsiębiorstwa produk-

cyjne, problematyka dostępności i wysokiej jakości świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej usług nabiera coraz większego znaczenia. W tej dziedzinie nie chodzi np. o poziom zużycia paliwa przez silnik samochodu i jego przyspieszenie, ale o zdrowie i życie ludzkie jako czynniki ponad materialnymi wartościami. Inspiracją do podjęcia tak trudnego i powszechnie dyskutowanego problemu jest coraz powszechniejszy proces prywatyzacji służby zdrowia, która jest alternatywą dla działań pozostających w gestii państwa. O powadze problemu świadczą dane Głównego Urzędu Statystycznego¹, według których w roku 2010 ponad 5 milionów Polaków ani razu nie było w publicznej przychodni czy szpitalu. Podobnie było w roku 2011. Czy polskie społeczeństwa jest takie zdrowe? Według badań jedna czwarta odpowiedziała, że zniechęcały ich między innymi bardzo długie kolejki do gabinetów i wybrali leczenie prywatne lub w ogóle rezygnowali z leczenia.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) funkcjonując na rynku usług medycznych zobligowany jest do budowania wiarygodności oraz zaufania obecnych i potencjalnych pacjentów. Osoby uruchamiające działalność gospodarczą w sferze opieki zdrowotnej mają świadomość, że medycyna należy do tych dziedzin, w których starania o najwyższy poziom świadczeń uzależnione są nie tylko od nowoczesnej infrastruktury, ale przede wszystkim od postaw, wiedzy, doświadczenia, empatii i determinacji w działaniu osób pełniących funkcje zarządzających NZOZ oraz zatrudnionego w nim personelu medycznego. Inwestowanie w pracowników stanowi ważny czynnik warunkujący skuteczność funkcjonowania NZOZ. Oznacza to konieczność przygotowania i realizacji odpowiednich programów rozwoju placówek NZOZ oraz szkolenia, doskonalenia, skutecznej motywacji i budowania systemu przepływu informacji determinującego proces podejmowania decyzji. W rezultacie tych działań, oczekuje się efektu w postaci zjednania sobie pacjentów, co ma zapewnić przetrwanie placówki opieki zdrowotnej w konkurencyjnym środowisku oraz zapewnić zysk.

Przywołane powyżej uwarunkowania dotyczące ciągle rosnących oczekiwań pacjentów są możliwe do osiągnięcia pod warunkiem właściwego określenia przez zarządzającego podstaw funkcjonowania

¹ Dziennik Gazeta Prawna; wiadomości.wp.pl z dn. 19.01.2012.

NZOZ: wizji, misji, strategii ogólnej i funkcjonalnych, polityki – w tym polityki jakości, personalnej, finansowej. Myślenie o przyszłości umożliwia stworzenie silnego fundamentu do bieżącego projektowania i wdrażania struktur organizacyjnych, które wraz z wyznaczonymi mierzalnymi celami będą w przyszłości punktami odniesienia niezbędnymi do oceny skuteczności funkcjonowania zakładu oraz wytyczania kierunków jego doskonalenia.

Tak więc obszarem zainteresowania zarządzającego ZOZ powinno być przede wszystkim strategia funkcjonowania. Strategię rozumiemy najczęściej jako sztukę przewidywania i wyboru najlepszego sposobu osiągnięcia sukcesu, szczególnie w długim okresie wobec wyzwań środowiska. Kwestiami rozwiązywanymi przez strategię są: szczegółowość – nadanie cech odróżniających przedsiębiorstwo od przedsiębiorstw o podobnym profilu działalności, czyli bycie innym, konkurencyjność – jak stać się lepszym niż inne przedsiębiorstwa, harmonizacja – rola i związek komórek organizacyjnych w procesie tworzenia m.in. marketingu mix (produkt, dystrybucja, promocja, cena), spójność – powiązania przedsiębiorstwa ze środowiskiem zewnętrznym [Michalski 2008, s. 20]. W tym kontekście pojawia się pytanie: czy w procesie zarządzania mikro, małym czy średnim przedsiębiorstwem należy zajmować się sferą strategiczną czy koncentrować się na zarządzaniu operacyjnym? Zdaniem autora, w dobie turbulentnego otoczenia każdego podmiotu gospodarczego jego sukces biznesowy ma początek w przyszłości.

Celem analiz prowadzonych przez autora jest zidentyfikowanie elementów otoczenia NZOZ i ocena ich wpływu na skuteczność w osiąganiu założonych celów, które są jednym z czynników strukturotwórczych. Zastosowane struktury organizacyjne mogą ewaluować w toku realizacji przyjętej strategii. Tak więc w odniesieniu do zarządzającego mikro i małym NZOZ prowadzenie analiz strategicznych i przełożenie wyprowadzanych z nich wniosków na działania operacyjne jest to dużym wyzwaniem.

Przystępując do analiz założono, że w świadomości zarządzającego muszą równolegle funkcjonować dwie postaci – wizjonerski strateg i uporządkowany w działaniu operator-specjalista pamiętający stwierdzenie użyte przez E. Deminga, że nie ma przedsiębiorstw efektywnych

lub nie efektywnych, ale są przedsiębiorstwa dobrze lub źle zarządzane. Realizowany proces zarządzania musi być otwarty, kompleksowy, zorientowany na przyszłość, kreatywny, nastawiony na osiągnięcie określonego wyniku i współdziałanie.

2. NZOZ jako obiekt zarządzania strategicznego

Opieka zdrowotna od lat jest obiektem badań na całym świecie. Specjaliści z dziedziny medycyny kwalifikują ją do działań instytucjonalnych, których zadaniem jest zapobieganie i leczenie chorób oraz podnoszenie ogólnego stanu zdrowia ludności. Ekonomiści zaś definiują opiekę zdrowotną jako działalność gospodarczą, w ramach której za pomocą organicznych środków (rzeczowych i pracy) zmierza się do zaspokojenia specyficznych potrzeb człowieka, jakimi są potrzeby zdrowotne. W tym kontekście pojawia się pojęcie *usługi opieki zdrowotnej*, którą można określić jako podejmowanej na zlecenie – intencjonalne świadczenie korzyści. [Rudawska 2007, s. 13]. Ma ona cechy niematerialności, nierozzerwalności, zmienności, niepowtarzalności i nietrwałości. Posiłkując się ujęciem funkcjonalnym, usługi w zakresie opieki zdrowotnej świadczone są przez usługodawców (organizacje i podmioty gospodarcze) na rzecz usługobiorców czyli pacjentów.

Przyjmując za podstawę ujęcie systemowe, każdy zakład opieki zdrowotnej funkcjonuje w konkretnym otoczeniu gospodarczym i społecznym. Makrootoczenie tworzą: zmiany struktury społecznej oraz czynniki: demograficzne, polityczne, prawne, ekonomiczne, technologiczne i ekologiczno-geograficzne. Otoczenie to należy pojmować jako sumę stale zmieniających się czynników i procesów, z którymi każdy podmiot musi się liczyć zarówno w sferze mikro, jak i w sferze makro [Dobska, Rogoziński 2008, s. 21–25].

Na rynku usług medycznych, oprócz publicznych ZOZ coraz częściej funkcjonują zarówno mikro, małe jak i średnie niepubliczne podmioty gospodarcze. Obiektami zainteresowania autora są przede wszystkim pierwsze z wymienionych t.j. mikro, małe i średnie zakłady opieki zdrowotnej (MSNZOZ). Uproszczony model NZOZ i jego otoczenie ilustruje rysunek 1.

Rysunek 1. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej i jego otoczenie



Źródło: opracowanie własne.

Przyjmując do analiz obowiązujący paradygmat podejścia systemowego warto pamiętać, że każdy system ma swój cykl życia. Jego etapami będą narodziny (założenie działalności gospodarczej), dynamiczny rozwój do poziomu maksymalnej efektywności i etap schyłkowy, który musi być wyeliminowany poprzez działania doskonalące (zmianę organizacyjną). Kluczowym dla nowopowstałych organizacji jest pierwsza faza życia (od roku do 2–5 lat). Średnia upadłości w nim oceniana jest na około 30%. [Zelek, Maniak 2011, s. 271] z tendencją zwyżkową w okresie ostatniego kryzysu gospodarczego.

Zarządzający polskimi MSP (wg. badań przeprowadzonych przez Roland Berger Strategy Consultants), w porównaniu z zachodnioeuropejskimi później rozpoznają kryzys, co ogranicza możliwość działania. Jedynie 19% badanych przedsiębiorstw (w G5 – 27%) reaguje natychmiast po ujawnieniu się pierwszych symptomów oznaczających starze-

nie się i dezaktualizację strategii, czyli wtedy kiedy możliwości działania są największe. Średni czas jaki upłynął od identyfikacji kryzysu do rozpoczęcia procesu restrukturyzacji, w przypadku polskich przedsiębiorstw wynosił 14 miesięcy. Aż 46% przedsiębiorstw potrzebowało do podjęcia działań zaradczych ponad 12 miesięcy, natomiast w przypadku G5 było to 27% [Zelek, Maniak 2011, s. 271–272].

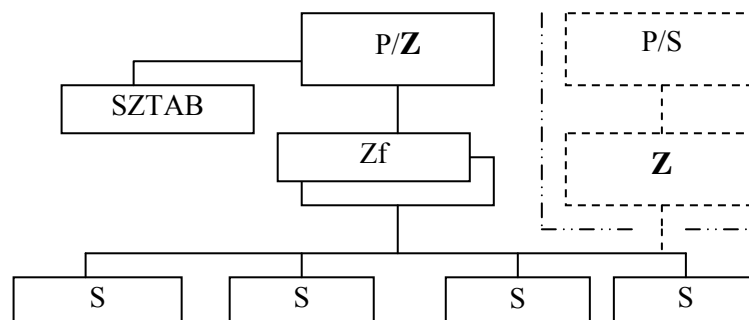
Cytowane wyniki badań potwierdzają tezę, że w odniesieniu do MSNZOZ od momentu podjęcia decyzji o uruchomieniu działalności gospodarczej i wejściu na rynek, a następnie ich konkutowaniu należy zdefiniować jego strategię, która może przyspieszać proces podejmowania decyzji i zmniejszyć ryzyko zaskoczenia.

Jak się jednak okazuje, wielu przedsiębiorców zdecydowało się podjąć trud organizowania działalności gospodarczej na własne ryzyko, ale tylko nieliczni sformułowali dla swoich organizacji strategię wejścia na rynek i późniejszego funkcjonowania w oparciu o przeprowadzone wcześniej analizy strategiczne. Brak strategii może być źródłem niepowodzeń zarówno na etapie inicjowania jak i późniejszego funkcjonowania, kiedy kluczowymi będą: właściwa konfiguracja triady: dostawca – NZOZ – pacjent, oraz zbudowanie unikalnego potencjału zdolnego do konkutowania między innymi jakością świadczonych usług medycznych.

3. Zarządzający MSNZOZ musi być strategiem?

Poszukując dróg prowadzących do sukcesu biznesowego, należy wskazać osobę, której zostanie powierzona rola wizjonera, planisty, organizatora, przewodnika i kontrolującego efekty w wymiarze nie tylko operacyjnym ale przede wszystkim strategicznym. Mikro czy małe przedsiębiorstwo, jakim jest np. NZOZ pełniący rolę podstawowej opieki zdrowotnej, ze swej natury nie ma możliwości tworzenia wielopoziomowych struktur organizacyjnych z wyraźnym wyodrębnieniem funkcjonalnej działalności. W nich to, rolę zarówno przedsiębiorcy (inwestora) i zarządzającego pełni jedna lub kilka osób. Biorą one na siebie kluczowe role w skutecznym prowadzeniu NZOZ do wytyczonego celu strategicznego (rysunek 2).

Rysunek 2. Optymalne usytuowanie osób funkcyjnych w strukturze MSNZOZ



gdzie np:

P/Z – dyrektor zarządzający NZOZ („P” to strateg, myśli strategicznie, szuka szans i zagrożeń,

„Z” – wdraża cele strategiczne przekładając je na cele operacyjne i realizuje funkcje zarządzania),

Zf – zastępca dyrektora ds. Medycznych, Naczelna Pielęgniarka, Dział personalny i inne,

S – kierownicy zespołów (ordynatorzy), lekarze, pracownicy.

Źródło: opracowanie własne.

Osoba przyjmująca na siebie funkcję organizatora i realizatora procesu zarządzania powinna uświadomić sobie, że powodzenie w biznesie zależy między innymi od wiedzy, doświadczenia, umiejętności czy wręcz predyspozycji do pełnienia tak trudnej roli. Szczególnie ważną jest zdolność do myślenia strategicznego, co oznacza myślenie wariantowe, alternatywne, kompleksowe i przyczynowo-skutkowe niezbędne do:

- zrozumienia i uwzględniania wpływu otoczenia na NZOZ oraz ciągłego dostosowywania się do jego cech, budując skuteczne kanały komunikowania się z partnerami biznesowymi czy nawet z konkurentami;
- identyfikacji obszarów krytycznych, które dla NZOZ mają znaczenie strategiczne;
- właściwego doboru i dywersyfikacji zasobów pozyskiwanych z otoczenia w kontekście wniosków z analizy strategicznej;

- ciągłego badania skuteczności przyjętej koncepcji zarządzania dla oceny osiąganych rezultatów i projektowania działań korygujących, zapobiegawczych z korektą (zmianą) przyjętej strategii włącznie.

Typowy proces zarządzania strategicznego zawiera: analizę strategiczną, identyfikację pozycji NZOZ w otoczeniu, formułowanie i wybór strategii i jej implementację oraz kontrolę strategiczną. Z uwagi na specyfikę MSNZOZ proces ten realizowany jest przez zarządzającego z reguły w sposób nie sformalizowany. Wsparcia prowadzonych analiz mogą udzielać specjaliści zatrudnieni w zakładzie oraz zaprojektowana procedura benchmarkingowa. Efektem końcowym powinna być sprecyzowana strategia, która zwykle zawiera: *domenę działania* (gdzie i komu chcemy świadczyć usługi medyczne?), *cele strategiczne* (co NZOZ chce osiągnąć?), *w jaki sposób uzyskać przewagę strategiczną* w ramach zdefiniowanej domeny oraz *funkcjonalne programy działania* (koncepcja i metody zarządzania, infrastruktura i wyposażenie, zasoby ludzkie i ich potencjał, finanse, logistyka, współpraca i inne niezbędne).

4. Wybrane elementy otoczenia NZOZ

Dla MSNZOZ kluczowego znaczenia nabiera właściwa ocena środowiska zewnętrznego. Podstawą prowadzenia wszelkich analiz jest tożsamość zakładu. Proponowana przez Moszkowicza i zespół [2005, s. 205–207] jest ona nierozzerwanie związana ze stabilnością i odpowiednim sposobem postrzegania NZOZ-u w otoczeniu. Właściwe jego postrzeganie przez otoczenie powinno spowodować określoną, oczekiwaną reakcję potencjalnych pacjentów. Elementami sprzyjającymi będą: reklama, promocja sprzedaży usługi oraz Public Relations. W koncepcji identyfikującej NZOZ w otoczeniu powinny być określona: filozofia (wizja i misja) i kultura organizacyjna oraz *image* (wizerunek i reputacja).

Poprawnie zdefiniowana misja powinna odzwierciedlać osobowość NZOZ i komunikować otoczeniu: *jakie grupy pacjentów obsługuje ZOZ? Jakie potrzeby pacjentów są zaspokajane w efekcie działania ZOZ? Jak te potrzeby są zaspokajane (silne strony i czynniki decydujące o konkurencyjności)? Personel (stosunek NZOZ do pracowników)?*

Dokonując oceny otoczenia warto zwrócić uwagę na fakt, że jednym z istotnych czynników determinujących funkcjonowanie MSNZOZ jest pozytywny wynik konkursów ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako przyszłego płatnika za świadczone usługi zdrowotne. Pozytywne przebrnięcie przez tę procedurę jest szansą na pozyskanie pacjentów których koszty leczenia pokrywane są przez NFZ i równoległe świadczenie usług medycznych na zasadach komercyjnych (zgodnie z koncepcją biznesową). Jako ilustracja może posłużyć następujący przykład („Dziennik Łódzki”, styczeń 2012):

– po pierwszym styczniu 2012 r. z wieloma publicznymi poradniami (np. specjalistycznymi) NFZ nie podpisał kontraktów. Powstałe w ten sposób luki zastąpione zostały placówkami prywatnymi, które w ocenie płatnika złożyły lepsze oferty w ramach konkursu. Mnożą się przypadki, że zarządzający placówkami nie akredytowanymi zapowiedzieli świadczenie usług komercyjnych po konkurencyjnych cenach, wykorzystując zarówno dysponowaną infrastrukturę jak i wysokiej klasy specjalistów.

Inną szansą dla MSNZOZ wpływającą na stabilność funkcjonowania jest legitymowanie się certyfikatem systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001. Również w tym przypadku wzrasta szansa podmiotu na łatwiejsze pozyskanie środków finansowych z NFZ oraz innych (np. unijnych) źródeł, ponieważ w procedurze konkursowej NFZ otrzymuje dodatkowe punkty. W ramach procedury konkursowej dokonuje się porównania ofert, w której oceniana jest ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną na podstawie wewnętrznej i zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją.

Uzyskując certyfikat ISO NZOZ ma opracowaną politykę jakości świadczonych usług. W zaprojektowanych procesach dokonuje się ciągłej oceny skuteczności w realizacji wytyczonych celów, identyfikuje odchylenia i projektuje działania doskonalące, tak pozytywnie oceniane przez stałych i potencjalnych pacjentów. Zatem dobrze zaprojektowany, wdrożony i doskonalony system zarządzania jakością jest warunkiem skuteczności konkurowania na rynku usług medycznych. Uzyskanie certyfikatu ISO przez mikro przedsiębiorstwo jest trudne (opłacalne jest

jeżeli zakład zatrudnia więcej niż 15 pracowników) ale można w nim realizować proces zarządzania w oparciu o obowiązujące zasady zarządzania jakością, bez konieczności poddawania się audytowi certyfikacyjnemu.

Uwzględniając pozostałe, właściwe dla MSNZOZ, czynniki zewnętrzne (zmieniające się koncepcje funkcjonowania polskiej opieki zdrowotnej, potrzeby runku usług, specyfika usługobiorców, konkurenci i ich potencjał), barierami popytowymi mogą być zjawiska odnotowywane wcześniej: niedostateczne środki jakimi dysponują pacjenci kupujący usługi komercyjnie, obniżanie cen usług przez konkurencję, niedostateczna znajomość NZOZ i rosnąca konkurencja na rynku. Natomiast barierami podażowymi mogą być: niedostateczne środki jakimi dysponuje NZOZ, trudny dostęp do kredytów, trudności w ściąganiu należności, dostępność specjalistów. (por. Borowiecki, Siuta-Tokarski, 2008, s. 187–193) oraz zmieniające się koncepcje kontraktowania usług przez NFZ.

W kontekście wymienionych barier wejścia i funkcjonowania na rynku usług zdrowotnych, szczególnie w pierwszej fazie cyklu życia zakładu, warto podjąć próbę łączenia wysiłków kilku podmiotów już funkcjonujących na rynku, które w swojej istocie będąc ze sobą konkurowały. Taką koncepcją jest funkcjonowanie w ramach klastrów.

Rozwojowi lokalnego biznesu sprzyjać może koncentracja potencjału przemysłowo-usługowego małego biznesu w regionie lub lokalnie. Jednym ze sposobów takiej koncentracji jest tworzenie klastrów przemysłowo-usługowych (Michalski, 2008, s. 215). W przypadku opieki zdrowotnej klaster tworzony może być przez grupę lokalnych lub regionalnych NZOZ-ów, zespolonych w celu osiągnięcia korzyści ze wspólnego ścisłego współdziałania i skali ekonomicznej przedsięwzięć. Celem współpracy uczestników klastra jest obniżenie kosztów świadczonych usług, komplementarne dostawy dóbr i świadczenie usług, tworzenie jednolitego systemu informatycznego oraz lepsze wykorzystanie specjalistycznej wiedzy i umiejętności personelu. Uczestnicy klastra ze swojej natury konkurują między sobą, ale mogą korzystać z tych samych biur doradczych i eksperckich, opracowują wspólnie programy szkoleniowe, politykę inwestycyjną, prowadzą badania marketingowe i tworzą strategię konkurencji. Dobrze funkcjonujący klaster jest źródłem synergii w działalności gospodarczej i organizatorskiej ułatwiający kontakty

z władzami lokalnymi, otoczeniem politycznym, samorządowym i społecznym, doskonałym narzędziem poszukiwania i pozyskiwania niezbędnych zasobów (w tym finansowych), a w przyszłości również tworzenia multispecjalistycznych układów transgranicznych (Michalski, 2008, s. 216).

5. Zakończenie

Proces zarządzania strategicznego w MSZOZ, pomimo że nie jest sformalizowany, musi zawierać: ustalenie misji i wizji oraz analizę aktualnej pozycji na rynku, ustalanie celów, opracowanie strategii, opracowanie i dokumentowanie planu strategicznego, implementację oraz kontrolę. Proces ten można realizować w następujących fazach działania: badanie otoczenia i analizy własnego potencjału, planowanie strategiczne oraz wdrożenie planu. Od zarządzającego wymagana jest umiejętność prowadzenia analiz, twórcze myślenie oraz administrowania. Szczególnego znaczenia nabiera planowanie, które pozwala na ukierunkowanie działań i koncentrowanie się na kluczowych kompetencjach stanowiących o sukcesie w czasie teraźniejszym ale ocenianym w kontekście przyszłości.

Obszarem zainteresowań zarządzającego jest poszukiwanie źródeł wiedzy o przyszłości co pozwoli na minimalizowanie ryzyka. Określając strategię MSZOZ wobec nie zawsze skutecznej działalności publicznych POZ (obecnie w wielu przypadkach są w fazie kryzysu), warto wybierać strategię ofensywną podporządkowując się wymogom konkurencji. Silnym wyróżnikiem powinna być jakość świadczonych usług tj. dostępność, terminowość, empatia, cena, połączone z nowoczesną infrastrukturą i wyposażeniem. Jednak głównym gwarantem realizowanej strategii będzie właściwie dobrany personel medyczny, w tym specjaliści dysponujący nowoczesną aparaturą.

Bibliografia

- Borowiecki R., Siuta-Tokarska B., (2008), *Problemy funkcjonowania i rozwoju małych i średnich przedsiębiorstw w Polsce. Synteza badań i kierunki działania*, Difin, Warszawa;
- Dobska M., Rogoziński K. (red. nauk., 2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa;
- Michalski E., (2008), *Zarządzanie. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej, Koszalin;
- Moszkowicz M. (opr. red., 2005), *Zarządzanie strategiczne. Systemowa koncepcja biznesu*, PWE, Warszawa;
- Rudawska I. (2007), *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa;
- Zakrzewska-Bielawska A. (red., 2011), *Wyzwania rozwojowe małych i średnich przedsiębiorstw. Innowacje technologiczne, kryzys*, Difin, Warszawa;
- Zelek A., Maniak G., (2008), *Polskie MSP wobec dekonstrukcji gospodarczej 2007–2010 – studium przedsiębiorstw Pomorza Zachodniego*, Difin, Warszawa.

Teresa Dryl-Rydzyska

Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o

Strategiczna karta wyników – Nephrocare Balanced ScoreCard – polskie doświadczenia we wdrażaniu systemu pomiaru i oceny dokonań podmiotu leczniczego

Balanced ScoreCared – Polish experiences in implementation of the new system for evaluation and performance assessment of a healthcare unit

Abstract: Healthcare units, which are parts of international companies have increased possibilities to use European experiences in managing system. Fresenius Medical Care, while implementing system for evaluation and performance assessment chose balanced scorecard (NephroCare Balanced ScoreCard – NBSC), which allows to asses outcomes achieved by dialysis centers, taking into account responsibilities for patients, employees, shareholders and the communities. The process of implementing NBSC included many stages, among others IT solution, allowing to gather and process clinical data – EuCliD®. One of the key stage was the implementation of integrated system of quality management, including ECO-controlling. Successful implementation of NBCS was ensured by consistent, long-term strategy of human recourses management and creating appropriate organizational culture. In Polish conditions balanced scorecard turned out to be a very effective tool for monitoring performance of a healthcare unit. Outcomes achieved clearly shows that Polish healthcare units may successfully compete at international market of healthcare services.

1. Wstęp

Wraz z narastającym procesem globalizacji, który dotyczy wszystkich sfer funkcjonowania społeczeństw i państw, narodowe systemy ochrony zdrowia otwierają się na zagraniczne wzorce i doświadczenia w zarządzaniu swoimi zasobami.

W Polsce proces ten nabrał przyspieszenia wraz ze wstąpieniem naszego kraju do Unii Europejskiej. Będąc sygnatariuszem traktatu o Unii Europejskiej określającego systemy ochrony zdrowia jako funkcje zabezpieczenia socjalnego i finansowego, prowadzące do wzrostu jakości i długości życia obywateli Polska współuczestniczy w kreowaniu unijnej polityki zdrowotnej [Traktat o Unii Europejskiej, 2008]. Z drugiej zaś strony zobowiązana jest do realizowania podstawowych wartości wspólnoty w tym zakresie: powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, solidaryzmu finansowania, równości dostępu i wysokiej jakości opieki medycznej. Z całego szeregu aktów prawnych, które mają wpływ na zarządzanie polskim systemem zdrowia na szczególną uwagę zasługuje dyrektywa dotycząca korzystania z usług medycznych u Unii Europejskiej efektywnie obowiązująca od 2013 roku [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE, 2011]. Dyrektywa ma ułatwić obywatelom państw członkowskich UE równy dostęp do opieki zdrowotnej, zarówno publicznej jak i niepublicznej na terenie wspólnoty.

Wejście w życie dyrektywy wymusi zmiany w funkcjonowaniu instytucji odpowiedzialnych za organizację i finansowanie usług zdrowotnych, ale przede wszystkim podmiotów leczniczych funkcjonujących na terenie naszego kraju. Zmiany te dotyczyć będą przede wszystkim większego udziału w międzynarodowej wymianie usług zdrowotnych, jednocześnie postawią przed menedżerami ochrony zdrowia nowe wyzwania. Poziom finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia jest znacząco poniżej średniej unijnej. W warunkach bezpośredniej konkurencji wzmożony zostanie nacisk na podniesienie efektywności i jakości leczenia. Jedną z dróg prowadzących do osiągnięcia tego celu będzie aktywne korzystania z gotowych zagranicznych rozwiązań organizacyjnych i technologicznych.

Podmioty lecznicze powiązane z międzynarodowymi przedsiębiorstwami o zasięgu światowym lub europejskim spełniają szczególne zadanie w upowszechnianiu nowoczesnych metod leczenia i zarządzania. Korzystają z doświadczeń gromadzonych i analizowanych latami, zwłaszcza odnoszących się do różnego, prawnego i finansowego, otoczenia zewnętrznego funkcjonowania firmy medycznej. Najważniejszym jednak atutem jest możliwość prowadzenia systematycznej obserwacji, a w ślad za tym wnioskowania, co do skuteczności terapeutycznej, efektywności ekonomicznej poszczególnych metod leczenia danej choroby. Takie wnioski wypływające z setek tysięcy lub milionów zabiegów są niewątpliwie czynnikiem stymulującym dalszy postęp w medycynie.

Celem niniejszego opracowania jest przegląd i podsumowanie prawie 10-letnich doświadczeń polskiego podmiotu leczniczego działającego w z jednej strony w środowisku międzynarodowym, a z drugiej strony skutecznie wdrażającego nowoczesne, zagraniczne metody zarządzania w warunkach polskich.

Fresenius Nephrocare jest jednym z największych niepublicznych podmiotów leczniczych w Polsce i jednocześnie wchodzi w skład grupy Fresenius Medical Care, światowego lidera usług medycznych prowadzącego stacje dializ na całym świecie. Wydaje się być więc dobrym modelem do dokonania analizy wyzwań, jakie stają przed polskimi podmiotami leczniczymi działającymi w warunkach międzynarodowej wymiany usług zdrowotnych. Firma wpracowała i stosuje nowoczesne rozwiązania w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. W niniejszym opracowaniu zostanie przedstawiony przegląd i ocena ich skuteczności w polskich warunkach.

W celu zidentyfikowania wyzwań jakie stają przed polskimi podmiotami leczniczymi działającymi w warunkach międzynarodowej konkurencji konieczne jest dokonania kompleksowej analizy czynników wpływających na funkcjonowanie organizacji. Ze względu na ograniczenia niniejszej pracy zostaną omówione tylko pewne elementy otoczenia bliższego i dalszego omawianego podmiotu, a także profil medyczny i struktura spółki.

Fresenius Nephrocare jest polską spółką prawa handlowego, podmiotem leczniczym prowadzącym specjalistyczne ośrodki leczenia osób z chorobami nerek. W podstawowym profilu działalności leczniczej do-

minują stacje dializ. Właścicielem udziałów spółki jest międzynarodowa firma Fresenius Medical Care. Polska spółka-córka jest jedną z największych organizacji Freseniusa w Europie. Na podkreślenie zasługuje fakt, że od samego początku działalności spółki w Polsce, zarząd i cały personel spółki stanowią lokalni specjaliści różnych dziedzin. Spółka nie prowadzi żadnej innej działalności poza usługami leczniczymi. Leczenie dializami w całości finansowane jest w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, nie występuje współpłacenie przez pacjentów. Jedynym źródłem przychodów spółki jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawieranych z NFZ.

Omawiając otoczenie dalsze, skupimy się jedynie na otoczeniu międzynarodowym organizacji.

Fresenius Medical Care to największy światowy dostawca produktów i usług dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek. Fresenius poprzez swoją sieć ponad 2.800 placówek w Europie, Azji i obu Amerykach dociera do ponad 220 tysięcy pacjentów. W całej firmie zatrudnionych jest obecnie ponad 75 tysięcy pracowników.

Kilku dodatkowych uwag wymaga profil medyczny polskiej spółki. Jest to mono specjalistyczna działalność medyczna – nefrologia. Fresenius Nephrocare Polska prowadzi kompleksową działalność leczniczą zarówno w obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS): poradnie nefrologiczne, stacje hemodializ i ośrodki dializy otrzewnowej, jak i leczenie szpitalne (JGP): szpitalne oddziały nefrologiczne. Tak więc obejmuje swoją opieką pacjentów we wszystkich stadiach niewydolności nerek. Poradnie nefrologiczne prowadzą leczenie chorych we wczesnych stadiach jej rozwoju, realizują programy predializacyjne, kwalifikację do przeszczepu nerek i przygotowują pacjentów do leczenia nerkozastępczego. Stacje hemodializ i ośrodki dializ otrzewnowych prowadzą program przewlekłego leczenia nerkozastępczego przeznaczony dla osób ze schyłkową niewydolnością nerek (V stadium niewydolności nerek). Nefrologiczne oddziały szpitalne realizują leczenie chorych we wszystkich stadiach chorób nerek, w tym powikłania dializoterapii. W skali całego kraju działa kilka podmiotów o podobnym profilu z czego większość stanowią spółki z kapitałem zagranicznym. Pozostałe około 40% udziału w rynku nefrologicznych usług zdrowotnych posiadają publiczne podmioty lecznicze, przede wszystkim wielospecjalistyczne szpitale.

Działalność mono specjalistyczna ma tę zasadniczą zaletę, że stosunkowo łatwo jest wprowadzić standaryzację, controlling czy benchmarking. Z drugiej zaś strony ograniczona jest możliwość dywersyfikacji ryzyka możliwa w przypadku placówek wielospecjalistycznych.

Struktura firmy na charakter dywizyjny, zawiera w sobie samodzielne jednostki organizacyjne. W 2011 funkcjonowało 40 poradni nefrologicznych, 69 stacji hemodializ, 18 ośrodków dializy otrzewnowej oraz 4 oddziały szpitalne.

2. Wyzwania

Różnorodność systemów opieki zdrowotnej w Europie jest najważniejszym elementem otoczenia zewnętrznego wpływającym na strategię działania Fresenius Medical Care. Firma adaptując własną strategię rozwoju do dynamicznie zmieniającego się środowiska międzynarodowego stanęła przed koniecznością dokonania oceny wyników działania z punktu widzenia różnych interesariuszy.

Jako narzędzia systemu pomiaru i oceny dokonań przedsiębiorstwa wybrano koncepcję strategicznej karty wyników – NephroCare Balanced Score Card (NBSC). Polski oddział firmy uczestniczył w pracach pilotażowych, które doprowadziły do powstania NBSC w obecnym kształcie. Nasze doświadczenia dotyczące funkcjonowania strategicznej karty wyników obejmują 4 lata, ale nie należy zapominać o budowaniu struktury, projektowaniu i wdrażaniu procesów w okresie przygotowawczym, które trwały od 2003 roku. Spośród wielu wyzwań jakie stanęły przed spółką wymienimy tylko dwie najważniejsze: europejskie wymagania jakościowe usług medycznych vs. polskie uwarunkowania oraz zasoby pracy, w tym fachowy personel medyczny i zmiana kultury organizacyjnej.

Poniżej w tabeli 1 przedstawiono porównanie kluczowych wskaźników medycznych obowiązujących w Europie i Polsce. Kluczowe medyczne wskaźniki efektywności obowiązujące w FMC są zgodne z wytycznymi European Renal Association (*Europejskie Stowarzyszenie Nefrologiczne*) – European Dialysis and Transplant Association (*Europejskie Stowarzyszenie Dializy i Transplantacji*) [EBPG, 1995–2005]. Obejmują zasady związane z leczeniem anemii, prowadzeniem hemodializy, dializy otrzewnowej i transplantacji.

Tabela 1. Kluczowe wskaźniki medyczne vs. obowiązkowe badania diagnostyczne wymagane przez NFZ

Lp.	Wskaźniki dializowania	Monitorowane przy pomocy KPI Centrali:	Wymagania NFZ
1.	Czas dializowania	≥ 12 godzin tygodniowo u $\geq 80\%$ chorych	brak
2.	Skuteczność dializowania	Dawka dializy spKt/V $\geq 1,2$ u $\geq 80\%$ chorych – monitorowana co miesiąc	zaleca spKt/V bez określenia dawki raz w miesiącu
		Objętość oczyszczonej krwi ≥ 82 l/dializę $\geq 80\%$ chorych – monitorowana co miesiąc	brak
		Objętość substytucji ≥ 20 litrów/dializę u chorych dializowanych metodą hemodiafiltracji u \geq chorych	brak; NFZ nie refunduje hemodiafiltracji
3.	Dostęp naczyniowy	preferowana przetoka AV u $\geq 80\%$ chorych dializowanych	brak
4.	Stan nawodnienia	wykrywanie chorych krytycznie przewodnionych	brak
5.	Zabezpieczenie przed infekcją wzwb	szczepienie chorych HBV ujemnych monitorowane co miesiąc	zaleca tylko monitorowanie obecności antygenu HBs i p-ciał anty-HBs i anty-HBc
6.	Stężenie albumin	$\geq 3,5 - 4,5$ g/dl zależnie od metody oznaczania – monitorowane co 3 miesiące $\geq 65\%$ chorych	brak
7.	Stężenie Hemoglobiny	10,0 – 13,0 g/dl z ESA, 10,0 – 14,0 g/dl bez ESA monitorowane co miesiąc	$\geq 65\%$ chorych z Hb $\geq 10,0$ g/dl, $\geq 35\%$ chorych z Hb $\geq 11,0$ g/dl – monitorowane co miesiąc
8.	Stężenie fosforanów	2,5 – 6,0 mg/dl u zażywających wiążacze fosforanów, 2,0 – 5m0 u nie zażywających wiążaczy – monitorowanie co miesiąc	zalecenie kontroli co miesiąc bez określenia poziomu
9.	Bacteriemia	monitorowana co 1 miesiąc	brak

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast zgodnie z opisem procedury NFZ nr 5.10.00.0000051 (dializa otrzewnowa) i 5.10.00.0000052 (hemodializa) ocenie podlegają tylko parametry medyczne [Zarządzenie Nr 67/2011/DSOZ].

Osiąganie wyników medycznych zgodnych z EBPG oraz ich monitorowania wymagało przede wszystkim standaryzacji procesu świadczenia usług medycznych, wdrożenia szeregu rozwiązań technicznych i organizacyjnych, w tym informatycznego przetwarzania danych medycznych. Jednak najpoważniejszą przeszkodą podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych są poważne ograniczenia finansowe. Poziom finansowania świadczeń dializacyjnych w Polsce jest najniższy w Unii Europejskiej.

Jak wspomniano wcześniej ograniczone zasoby kadrowe były drugim poważnym problemem wymagającym kompleksowych rozwiązań, przede wszystkim dramatyczny brak fachowego personelu medycznego – lekarzy specjalistów nefrologów oraz wykwalifikowanych pielęgniarek dializacyjnych. Zapewnienie dostatecznej ilości pracowników, tak aby sprostać często nieracjonalnym wymogom NFZ (np. liczba nefrologów w Polsce znacząco niższa od wymogów wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ), z jednoczesną dbałością o wysoką jakość kwalifikacji zawodowych oraz stabilizacją zatrudnienia wydawały się trudne do pogodzenia. W warunkach zachwianej równowagi pomiędzy podażą, a popytem na rynku pracy opracowanie długoterminowej strategii budowania zespołu było działaniem warunkującym dalsze prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego. W tym obszarze funkcjonowania kluczowa wydawała się także praca nad zmianą kultury organizacyjnej. Należy pamiętać, że większość stacji dializ która trafiła do polskiej sieci Fresenius Nephrocare wywodziła się z sektora publicznego, pochodziła z różnych regionów kraju, poziom zarządzania w jednostkach przekazujących stacje był bardzo różny, nastąpiło też zderzenie z nowymi niestosowanymi wcześniej technologiami.

3. Karta wyników NephroCare Balanced ScoreCard (NBSC) jako system pomiaru i oceny dokonań podmiotu leczniczego

Karta wyników NephroCare Balanced ScoreCard jest zrównoważoną kartą wyników korzystającą z metodologii opracowanej przed Roberta Kaplana i Davida Nortona z Harvard Business School [Kaplan i inni, 1992].

Karta wykorzystuje specjalne pomiary do opisywania i śledzenia strategicznych kierunków organizacji na wszystkich poziomach (w ramach danego przedsiębiorstwa, w skali kraju, pojedynczej placówki, itd.), wykorzystując powiązane ze sobą perspektywy, cele i kluczowe wskaźniki efektywności (KPI – key performance indicator).

Struktura NephroCare Balanced ScoreCard opiera się na Polityce Jakości obowiązującej we Fresenius Medical Care.

Karta potwierdza odpowiedzialność za pacjentów, pracowników, udziałowców i społeczność oraz stanowi wyraz zaangażowania w dążenie do osiągnięcia konkretnych celów jakościowych, które będą ich satysfakcjonować. Te uznane cztery obszary odpowiedzialności określają cztery zakresy Balanced ScoreCard. Powiązane z nimi cele jakościowe wyznaczają cele główne, które podlegają realizacji.

Wybrany zestaw kluczowych wskaźników efektywności umożliwia pomiar i śledzenie kierunku strategicznego wszystkich działań podejmowanych w naszych ośrodkach oraz potwierdza ich zgodność z naszą Polityką Jakości.

Aby zweryfikować dopasowanie strategii należy kluczowy wskaźnik efektywności, każdy cel i każdą perspektywę poddać ocenie pod kątem stopnia ich relatywnego znaczenia. Określone są cele związane z każdym kluczowym wskaźnikiem efektywności na różnych poziomach organizacji.

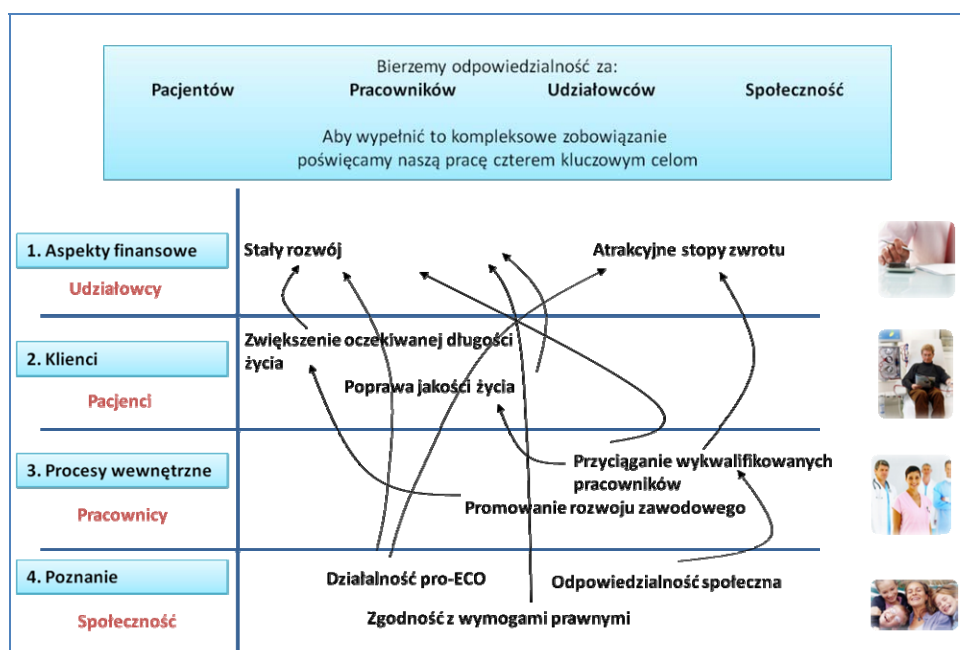
Perspektywa pacjenta stanowi najważniejszy element karty wyników i ma relatywnie największe znaczenie. Dwa podstawowe cele zdefiniowane w ramach tej perspektywy obejmują: wydłużenie średniej długości życia oraz poprawę jakości życia pacjentów leczonych w ramach naszej sieci placówek dializ. Wybrane kluczowe wskaźniki efektywności koncentrują się na dobrych wynikach klinicznych, bezpieczeństwie i zadowoleniu pacjenta. Wartości docelowe bazują na Europejskich Wytycznych Najlepszej Praktyki oraz uzgodnieniach Krajowego Zespołu Dyrektorów Medycznych.

Cele związane z perspektywą pracowników i udziałowców polegają głównie na utrzymaniu w firmie wykwalifikowanego personelu oraz wspierania pracowników w ich rozwoju zawodowym z jednej strony, jak również osiągnięcia stałego rozwoju firmy i atrakcyjnej stopy zysku dla

naszych udziałowców z drugiej strony. Kluczowe wskaźniki efektywności koncentrują się także na skutecznym zarządzaniu personelem oraz renomowanych procesach zarządzania i kontroli finansowej.

Cele związane ze społecznością wiążą się ze stałą realizacją zobowiązań społecznych, przestrzeganiem wszystkich niezbędnych wymogów prawnych oraz norm bezpieczeństwa, jak również wnoszeniem wkładu w ochronę środowiska naturalnego. Zakres wybranych kluczowych wskaźników efektywności jest dość szeroki i obejmuje minimalizację liczby wypadków pracowników przy pracy, uzyskiwanie certyfikacji zgodnej z normami ISO oraz ustalone procesy oszczędnego wykorzystania wody, elektryczności i produkcji odpadów.

Rysunek 1. Struktura karty wyników i mapa strategiczna



Źródło: opracowanie własne.

Wdrażanie zarządzania w oparciu o Zrównoważoną Kartę Wyników – NephroCare Balanced ScoreCard w polskim oddziale Fresenius Nephrocare obejmowało kilka etapów: zmiana/budowa infrastruktury

technicznej stacji dializ, wprowadzenie nowych metod leczenia, standaryzacja metod leczenia, wdrożenie elektronicznego systemu przetwarzania danych EuCliD®, wdrożenia zintegrowanego systemu zarządzania jakością w tym ISO oraz ECO-controllingu. Innym ważnym, o ile nie najważniejszym obszarem zmian było zarządzanie zasobami ludzkimi, a przede wszystkim zmiana kultury organizacyjnej. NBSC nie jest systemem zamkniętym podlega stałej ewolucji wraz ze zmieniającym się środowiskiem działania firmy.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością jest niezbędnym elementem i bazą do jakichkolwiek dalszych działań. Aby dokonywać rzetelnej, obiektywnej oceny funkcjonowania i realizacji stawianych celów niezbędne jest wdrożenie systemu, który zapewni odpowiednią standaryzację oraz usystematyzuje kanały komunikacyjne.

Dokumenty systemu zarządzania jakością narzucają działanie według schematów zgodnych z najlepszą praktyką, zatwierdzonych przez ekspertów. Instrukcje i procedury systemu zarządzania jakością zawierają nie tylko główne zasady, ale również szczegółowe wskazówki, które często są niezwykle pomocne również przy realizacji stawianych celów. Oceniany ośrodek otrzymuje więc nie tylko cele, ale również narzędzia i pomoc w postaci dostępu do wiedzy niezbędnej do ich realizacji.

Poza udostępnieniem opisów procesów istotne jest również przyzwyczajenie personelu do pracy w usystematyzowanym i kontrolowanym środowisku. System zarządzania jakością ustala kanały komunikacyjne, które później są wykorzystywane nie tylko do dokonywania oceny, ale również do komunikowania wyników tej oceny nie tylko osobom zarządzającym ośrodkami, ale również poszczególnym ich pracownikom.

Prawidłowo wdrożony system zarządzania jakością pozwala na uruchomienie „wstecznego” kanału komunikacji. Dzięki temu możliwe jest „wysłuchiwanie” się w opinii personelu ośrodków, a także pacjentów. Niejednokrotnie personel stacji dializ ma doskonałe pomysły, które pomagają w formułowaniu i realizacji celów. Propozycje nowych rozwiązań, po ocenie przez ekspertów, mogą być później wdrażane do systemu obowiązującego w całej sieci wpływając na ogólne podniesienie jakości i efektywności funkcjonowania. Pośrednio poszczególne ośrodki mogą więc wpływać na niektóre stawianie przed nimi cele.

Można powiedzieć, że tak jak Zrównoważona Karta Wyników potrzebuje systemu zarządzania jakością, tak również system zarządzania jakością potrzebuje Zrównoważonej Karty Wyników. Stanowi ona bowiem bardzo dobrą implementację jednego z etapów Cyklu Deminga [Harmol i inni, 2002, str. 93], poprzez ocenę rezultatów funkcjonowania ośrodka na wielu płaszczyznach.

Oczywiście wskazane jest formalne potwierdzenie prawidłowego funkcjonowania Systemu zarządzania jakością poprzez uzyskanie certyfikacji ISO (ISO 9001:2008, ISO 14001:2004). Jednak najważniejsze jest praktyczne wykorzystywanie go w codziennej pracy i przeświadczenie o jego przydatności na wszystkich szczeblach organizacji.

Kolejnym ważnym etapem wdrażania systemu pomiaru i oceny dokonania podmiotu leczniczego było wprowadzenie rozwiązań informatycznych pozwalających na gromadzenie i przetwarzanie danych. EuCliD® to kliniczna baza danych opracowana przez Fresenius Medical Care, obejmująca dane chorych hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo oraz pacjentów z chorobami nerek w okresie przeddializacyjnym. Dzięki systemowi EuCliD® istnieje możliwość korzystania z danych klinicznych, wykrywania problemów oraz poszukiwania optymalnych rozwiązań, co w efekcie pozwala zagwarantować najlepszą możliwą jakość leczenia dializami u wszystkich chorych.

Dane każdego pacjenta znajdujące się w systemie EuCliD® są oznakowane indywidualnym kodem, co umożliwia centralną analizę danych pacjentów bez przesyłania ich danych wrażliwych. Identyfikacja pacjenta możliwa jest jedynie w macierzystym ośrodku leczącym chorego. W celu zapewnienia poufności danych informacje z systemu EuCliD® mogą być wysłane do Europejskiego Ośrodka Zarządzania Klinicznego (Clinical Management Europe; CME), dopiero po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta.

Podstawową zaletą EuCliD® jest możliwość gromadzenia danych w czasie rzeczywistym, każdy zabieg hemodializy, wszystkie jego istotne dane są na bieżąco wprowadzane do systemu. Moduł ośrodka dializ zawiera nie tylko wszystkie dane medyczne, dane dotyczące aparatury medycznej, ale również dane istotne z punktu widzenia ochrony środowiska, takie jak zużycie energii elektrycznej i ciepłej, zużycie wody,

produkcję odpadów medycznych i komunalnych. W module pacjenta gromadzone są dane demograficzne, pełna historia choroby, zlecenia leków, zlecenia badań dodatkowych oraz ich wyniki (również w postaci multimedialnej), wyniki badań laboratoryjnych wraz z ich okresowymi omówieniami, wszystkie parametry zlecenia zabiegu dializy oraz dane dotyczące każdej sesji dializacyjnej. Tak rozbudowany system z jednej strony pozwala na wszechstronną, wieloczynnikową analizę procesu leczenia, z drugiej, dzięki możliwości generowania zestawień dowolnie wybranych parametrów oraz tworzenia złożonych raportów, zwiększa bezpieczeństwo leczenia oraz usprawnia system pracy ośrodka dializ.

System EuCliD® pozwala również na porównywanie osiąganych wyników leczenia z wytycznymi EBPG. W ciągu minionych lat dane z systemu EuCliD® zostały wykorzystane w wielu pracach naukowych opublikowanych przez krajowe oraz międzynarodowe towarzystwa i organizacje medyczne. Europejski Ośrodek Zarządzania Klinicznego, którego zadaniem jest ciągła poprawa jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjentów w ośrodkach Europejskiej Sieci Dializ, analizuje wszystkie uzyskiwane informacje i wysyła raporty do kierowników ośrodków. Dzięki takiemu przekazywaniu informacji osoby zarządzające ośrodkami dializ mogą porównać efekty leczenia w swoim ośrodku z efektami osiąganymi przez inne stacje dializ.

Cele związane ze wnoszeniem wkładu w ochronę środowiska naturalnego stanowią jeden z istotnych elementów Zrównoważonej Karty Wyników, więc niezbędne było podjęcie całego pakietu działań przygotowawczych określanych łącznie jako wdrożenie ECO-controllingu. Realizowane były one na trzech równoległych płaszczyznach.

Jedną z nich była strona techniczna, która obejmowała między innymi wdrożenie opomiarowania mediów, tam gdzie tego brakowało, wdrożenie rozwiązań technicznych promujących ich oszczędzanie (m.in. centralna dystrybucja koncentratu do przygotowywania roztworów do hemodializy, oszczędne systemy uzdatniania wody, itp.). Dokonane wstępne oceny i wyliczenia wskazywały na to, że często pozornie wyższe wydatki początkowe, przyniosą w przyszłości nie tylko korzyści dla środowiska ale również oszczędności finansowe.

Drugą płaszczyzną było ustalenie standardów postępowania, przygotowanie zasad i zorganizowanie zespołu wspierającego ośrodki we wdrażaniu zasad ECO-controllingu. W wyniku tego powstały wytyczne, które ułatwiały wdrażanie poszczególnych jego elementów. Do śledzenia bieżących postępów przygotowane zostało narzędzie w formie arkusza kalkulacyjnego, które automatycznie wskazywało na ewentualne przekroczenia – zarówno na szczeblu ośrodka, jak i w postaci przeglądu wyników wszystkich ośrodków.

A trzecią, ale nie mniej ważną od poprzednich było ustanowienie ambitnych, ale realnych i możliwych do osiągnięcia celów (m.in. dotyczących zużycia energii elektrycznej, wody, koncentratu kwaśnego, produkcji odpadów medycznych niebezpiecznych) oraz promowanie ich realizacji wśród całego personelu. Przekonanie bowiem poszczególnych pracowników do istotności działań pro-ekologicznych stanowi niezwykle istotny element ECO-controllingu.

W tym miejscu należy podkreślić, że u podstaw wszystkich działań związanych z wdrażaniem NBSC leżały cele związane z perspektywą pracowników. W zarządzaniu zasobami ludzkimi przeplatają się dwa sposoby podejścia do pracownika. Pierwsze ma charakter ekonomiczny, kalkulacyjny i ilościowy – pracownik traktowany jest jako typowy zasób materialny, który powinien przynieść efekty odpowiednio wyższe od nakładów. Drugie natomiast zwraca uwagę na człowieka i stawia na komunikację, motywację i przywództwo poszukując metod zwiększenia zaangażowania pracowników.

W przypadku usług medycznych związek pomiędzy jakością wykonywanych świadczeń, a jakością kadry medycznej jest szczególnie widoczny. Wspomniane wcześniej niedobory lekarzy nefrologów oraz wykwalifikowanych pielęgniarek dializacyjnych, a także rozproszenie jednostek organizacyjnych na terenie całego kraju były poważnymi przeszkodami w budowaniu i konsolidacji zespołu. Dodatkowym utrudnieniem był, fakt, że dużą część zespołu stanowią osoby dojrzałe (średnia wieku w firmie 44 lata), o ugruntowanym doświadczeniu zawodowym z jednej strony, z drugiej zaś z określonymi nawykami i przyzwyczajeniami. W tych warunkach budując zespół, który skutecznie będzie konkurował na rynku międzynarodowym, skoncentrowano się na drugim

z wcześniej wspomnianych modeli zarządzania zasobami ludzkimi. Przygotowano kompleksowy program szkoleń, obejmujący wszystkie obszary wprowadzanych zmian. Ważnym elementem było stworzenie mechanizmu wspomagającego indywidualny rozwój pracowników. Dla starszych pracowników istotne było stworzenie możliwości rozwijania umiejętności komunikacyjnych i przywódczych, a także rozwój naukowy np. doktoraty, współuczestnictwo w międzynarodowych projektach badawczych. Dla młodszych pracowników ważne było stworzenie klarownej perspektywy zawodowej, mapowanie talentów i opracowanie indywidualnych ścieżek rozwoju kariery zawodowej obejmujących między innymi specjalizacje i kursy podnoszące kwalifikacje. Dążenie do równowagi między tymi dwoma procesami jest bardzo dobrym rozwiązaniem prowadzącym do stabilizacji zespołu, a przede wszystkim zapewnia transfer umiejętności i sukcesję. Grupa Fresenius w Polsce zatrudnia obecnie 1730 osób, fluktuacja kadr jest znikoma wynikająca głównie z przyczyn naturalnych takich jak urlopy macierzyńskie, renty i emerytury.

Zarządzanie poprzez formułowane raz do roku cele osobiste (PPO – personal performance objectives) i stworzenie przejrzystego systemu motywacji sprzyja zwiększaniu identyfikacji z wykonywaną pracą. Ponadto cele osobiste są doskonałym narzędziem przekazywania uprawnień, a to z kolei wyzwala większe poczucie odpowiedzialności pojedynczych członków zespołu za realizację strategii podmiotu leczniczego.

Dostęp do informacji zwrotnej jest bardzo istotnym elementem zarządzania zasobami ludzkimi, jednocześnie warunkuje prawidłową realizację celów związanych z perspektywą pracownika w NBSC. Ankieta satysfakcji pracownika jest dobrym narzędziem oceny poziomu zadowolenia personelu i cennym źródłem informacji zwrotnej. Ankieta jest integralną częścią NBSC. Badanie wykonywane jest regularnie w skali całej, europejskiej sieci, wyniki analizowane są przez specjalistyczny zespół na szczeblu globalnym, a następnie kaskadowane do oddziałów krajowych i dalej do poszczególnych jednostek organizacyjnych.

Na tej podstawie opracowywane są działania korygujące prowadzące do lepszego zaspokojenia indywidualnych potrzeb pracownika. Zarządzanie zasobami ludzkimi, w którym głównym priorytetem jest pracow-

nik i jego indywidualne potrzeby, okazało się skutecznym kierunkiem działania w polskich warunkach.

Z jednej strony należało uświadomić pracownikom medycznym, że każda decyzja terapeutyczna ma swoje konsekwencje finansowe. Z drugiej strony kadra menedżerska musiała zrozumieć, że nawet drobna zmiana organizacyjna lub finansowa może mieć poważne konsekwencje skutkujące obniżeniem jakości świadczeń medycznych. Zrównoważenie tych dwóch z pozoru wykluczających się celów było możliwe dzięki konsekwentnemu tworzeniu właściwej kultury organizacyjnej.

4. Wnioski

1. Zrównoważona karta wyników jest bardzo skutecznym narzędziem monitorowania dokonań podmiotu leczniczego.
2. Najważniejszym czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie systemu pomiaru oceny dokonań podmiotu leczniczego jest jakość zasobów kadrowych.
3. Wyniki NBSC jednoznacznie wskazują, że polskie podmioty lecznicze mogą skutecznie konkurować na międzynarodowym rynku usług medycznych.

Bibliografia

- Kaplan, R.S, Norton D.P. *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*. Harvard Business Review Feb. 1992.
- Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością – teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Wersja skonsolidowana Traktatu o Unii Europejskiej. Dziennik Urzędowy Unii europejskiej C 115/13, 9.5.2008.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
- European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association – *European Best Practice Guidelines for Haemodialysis, Nephrol Dial Transplant*: Vol. 14–20, 1999–2005.
- Zarządzenie Nr 67/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Piotr Szyrkiewicz

MBA, Prometriq Akademia Zarządzania w Sopocie

Nowoczesne metody zarządzania a specyfika sektora ochrony zdrowia

Modern management techniques proven in other industries and the specifics of the health sector

Abstract: The continuing trend to use by the public organizations management methods successfully implemented in commercial sectors authorizes research works leading to develop solutions aligned to the specific needs of the health care services. Such actions are entirely possible and the results – models of management support systems, can be very useful, especially in the current situation of the Polish healthcare system, which is on the eve of significant changes.

An example of effective use of best practices can be modified Balanced Scorecard model and metrics system, which was also used for comparative analysis (benchmarking).

1. Wstęp

Celem opracowania jest przedstawienie wybranych tez badawczych projektu Platforma Informacji Medycznych realizowanego w oparciu o środki finansowe NCBiR oraz Prometriq Akademii Zarządzania w Sopocie. Z uwagi na wczesny etap realizacji projektu, w chwili powstawania referatu możliwa jest jedynie prezentacja problemu badawczego, jego głównych tez oraz przykładu modyfikacji wybranego narzędzia zarządzania na potrzeby sektora. Bardziej szczegółowe informacje i przykłady zostaną zaprezentowane w trakcie konferencji. Wyniki prac będzie można też śledzić na stronie internetowej projektu: www.pinmed.pl.

2. Problem badawczy

Problem badawczy projektu dotyczy możliwości zebrania, analizy i prezentacji danych dotyczących popytu na usługi medyczne oraz informacji dotyczących wykonania usług medycznych, pochodzących z różnych niezależnych i rozproszonych źródeł, w sposób, który zapewni ich jednorodność i możliwość wykorzystania w praktyce planowania alokacji zasobów w skali kraju oraz zarządzania efektywnością w skali poszczególnych jednostek medycznych.

Główne tezy badawcze projektu to:

1. Polska ochrona zdrowia jest w przededniu zmian porównywalnych do tych, jakie inne gałęzie gospodarki przechodziły w latach dziewięćdziesiątych. Zmiany dotyczyć będą takich zagadnień jak:
 - a) Nowe reguły funkcjonowania wynikające z otoczenia prawno-ekonomicznego (zmiany legislacyjne);
 - b) Zmiany formy prawnej, zmiany własnościowe oraz konsolidacja sektora przez dominujących graczy w poszczególnych segmentach rynku świadczeń zdrowotnych;
 - c) Restrukturyzacja wewnętrzna podmiotów leczniczych oraz wprowadzenie nowoczesnych metod zarządzania, takich jak: zarządzanie strategiczne, zarządzanie procesami biznesowymi, pomiar efektywności, rachunek kosztów, systemy oceny i motywacji pracowników, stała poprawa jakości, itp.;
 - d) Zmiana modelu zarządzania: rezygnacja z biernego administrowania majątkiem publicznym na rzecz aktywnego zarządzania nastawionego na wzrost jakości obsługi klienta/pacjenta i wzrost wartości z punktu widzenia właściciela.
2. Menedżerowie i pracownicy podmiotów leczniczych nie są przygotowani do uczestnictwa w procesie zmian (porównywalnie do braku przygotowania przedstawicieli innych branż gospodarki w latach dziewięćdziesiątych). Wynika z tego potrzeba promocji nowoczesnych narzędzi zarządzania i edukacji w tej dziedzinie.
3. Specyfika sektora ochrony zdrowia (misja społeczna) nie zmniejsza przydatności metod zarządczych sprawdzonych w innych branżach,

aczkolwiek wymaga ich odpowiedniego dostosowania. W szczególności trudnym, ale potencjalnie bardzo obiecującym narzędziem zarządczym, może być wykorzystanie analiz porównawczych (benchmarkingu) w procesie:

- a) doskonalenia systemów zarządzania w oparciu o pomiar uzyskiwanych rezultatów;
- b) motywacji pracowników do aktywnego udziału w procesie zmian.

W dalszej części referatu opisany zostanie sposób modyfikacji wybranego narzędzia – strategicznej karty wyników – na potrzeby usprawnienia zarządzania w ochronie zdrowia.

3. Strategiczna karta wyników – koncepcja

*Czasem jest tak, że to, co się liczy, nie da się policzyć,
a to co się da policzyć, się nie liczy”.*
Albert Einstein

Balanced Scorecard (BSC, strategiczna karta wyników lub zrównoważona karta wyników) to koncepcja zarządzania, która opisuje i precyzuje, jakie parametry powinny być mierzone w przedsiębiorstwie lub instytucji, aby kierownictwo mogło jak najlepiej ocenić jej sprawność w realizowaniu przyjętych celów.

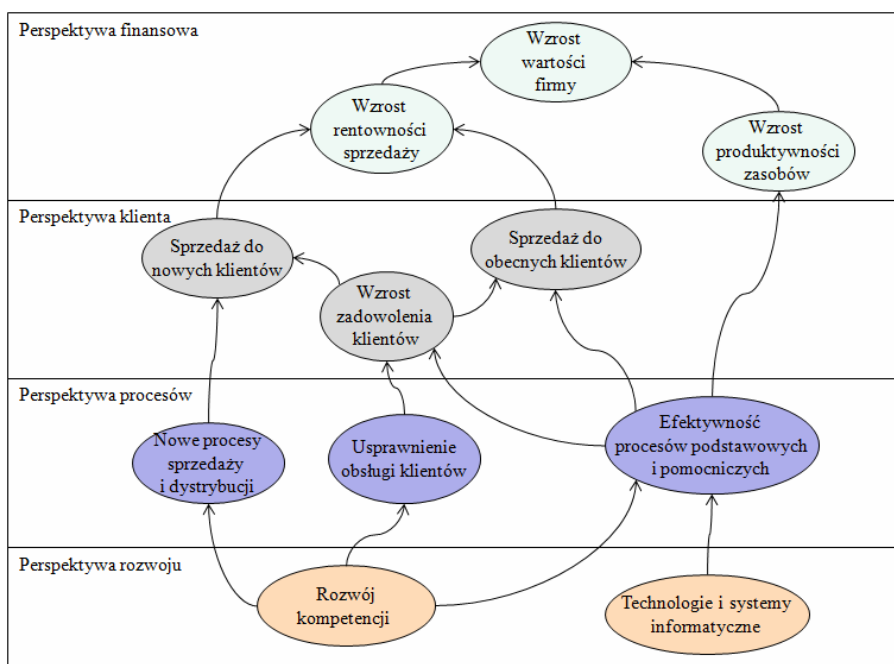
Koncepcja BSC została zaproponowana przez Roberta S. Kaplana i Davida P. Nortona w 1992 roku w reakcji na zaobserwowane przez nich powszechnie występujące trudności przedsiębiorstw amerykańskich w realizacji opracowanych strategii.

Zastosowanie *Balanced Scorecard* umożliwia prezentację celów organizacji w postaci mapy wzajemnych powiązań przyczynowo-skutkowych oraz mierników wyróżnionych w czterech perspektywach (rysunek 1):

1. Perspektywie finansowej (umieszczone w tej perspektywie cele i mierniki mają za zadanie odpowiedź na pytanie – jak organizacja

- realizuje oczekiwania właścicieli, aby zachęcić ich do dalszego inwestowania?)
2. Perspektywy klienta (jak organizacja realizuje oczekiwania klientów, aby trwale pozyskać ich lojalność?)
 3. Perspektywa procesów wewnętrznych (jakie procesy decydują o przewadze konkurencyjnej firmy i jak mierzona jest ich jakość i efektywność?)
 4. Perspektywa rozwoju (jak organizacja zmienia się w celu uzyskania lepszych wyników perspektywy procesowej?)

Rysunek 1. Perspektywy i cele BSC

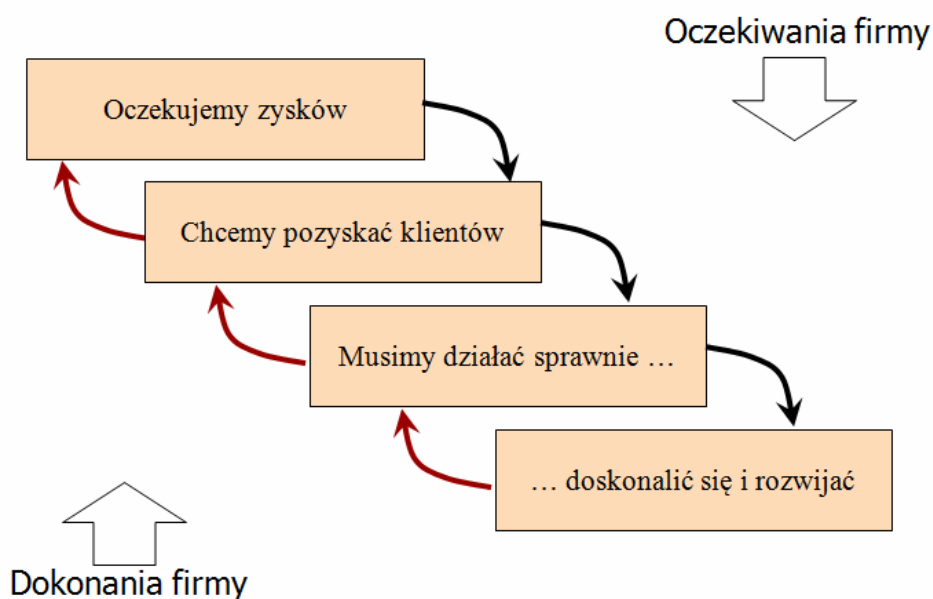


Źródło: Opracowanie własne na podstawie R.Kaplan/D.Norton „The Balanced Scorecard”.

Umowne wyznaczenie czterech perspektyw monitorowania działań firmy jest jednym z fundamentów koncepcji BSC. Logika perspektyw odpowiada logice funkcjonowania przedsiębiorstwa. Zgodnie z nią wynik finansowy, który jest celem działania większości firm, pojawi się

wtedy, gdy pozyskamy klientów i będą oni zadowoleni (mierniki perspektywy klienta). Klienci będą lojalni i skory do zapłacenia wyższej ceny niż u konkurencji (marża – miernik perspektywy finansowej), gdy otrzymają od naszej firmy korzyść, której inni nie umieją im dostarczyć (jakość, wartość dla klienta – mierniki perspektywy klienta). Wartość dla klienta powstaje w procesach wewnętrznych, więc musimy obserwować mierniki perspektywy procesów (czas, koszty, jakość). Na sprawność procesów wpływają takie czynniki, jak dostęp do technologii, rozwój kompetencji pracowników, informatyzacja. Są one monitorowane jako mierniki perspektywy rozwoju (rysunek 2).

Rysunek 2. Zależność pomiędzy perspektywami BSC



Źródło: Opracowanie własne na podstawie R.Kaplan/D.Norton „The Balanced Scorecard”.

Istotą BSC jest nie tylko poprawne wyznaczenie celów strategicznych i ich opomiarowanie, ale przede wszystkim opracowanie planu działania, który prowadzi do osiągnięcia tych celów w ustalonym czasie i przy minimalnych kosztach (czyli z pominięciem zadań i wydatków, które nie są niezbędne). Aby tak się stało, każdemu celowi przyporządkowuje się

konkretne aktywności (inicjatywy), często realizowane w ramach tzw. projektów strategicznych. Plan realizacji inicjatyw, który zawiera opis oczekiwanych efektów, harmonogram, wykaz niezbędnych zasobów i kosztów, jest jednym z podstawowych rezultatów projektu BSC. Prowadzenie działalności firmy zgodnie z takim planem skutkuje spełnieniem głównego postulatu koncepcji BSC – zgodności działań operacyjnych z przyjętymi celami długoterminowymi. Innymi, oczekiwanymi rezultatami zastosowania koncepcji BSC mogą być: uporządkowanie strategii, komunikacja strategii, wzrost stopnia identyfikacji pracowników ze strategią, przypisanie odpowiedzialności za osiąganie celów strategicznych oraz wdrożenie zmiany.

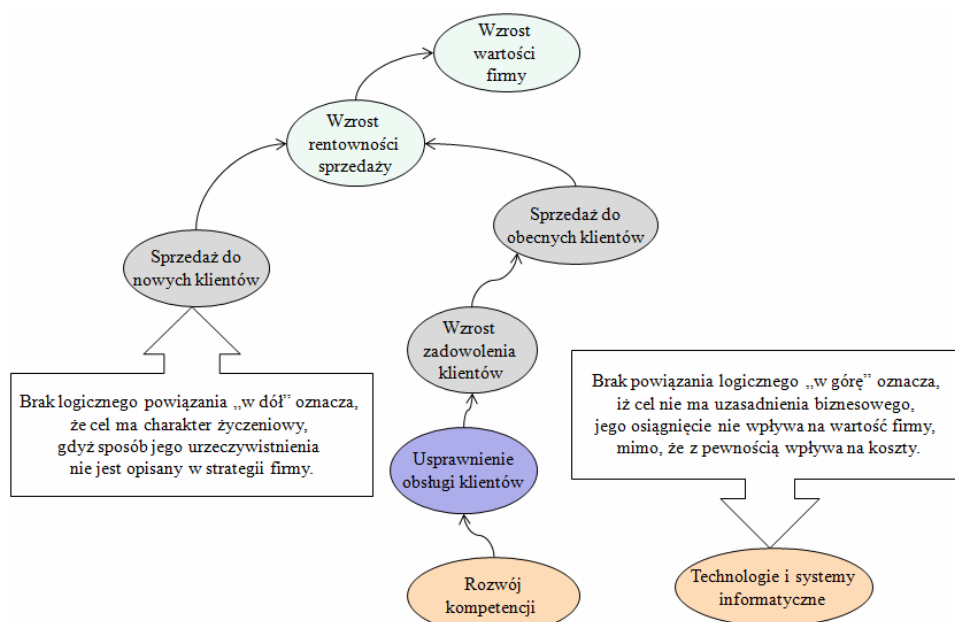
Uporządkowanie strategii

Opracowanie mapy strategii, czyli graficznego modelu powiązania pomiędzy celami organizacji umieszczonymi w czterech perspektywach, stanowi samo w sobie bardzo istotną korzyść dla wielu przedsiębiorstw. Właściwe nazwanie i zdefiniowanie celów pozwala usprawnić proces wewnętrznej komunikacji. Uchwycenie związków przyczynowo-skutkowych umożliwia ocenę zasadności działań organizacji. Przypisanie odpowiedzialności za osiągnięcie poszczególnych celów ułatwia podejmowanie decyzji i delegowanie uprawnień. Przedyskutowanie mapy strategii pozwala na wymianę poglądów i wiedzy o firmie oraz o jej otoczeniu, a także zwiększa świadomość wspólnoty celów zespołu kierowniczego.

Komunikacja strategii

Opisanie przez zarząd celów strategicznych za pomocą mapy strategii i mierników umożliwia ich precyzyjne komunikowanie menedżerom średniego szczebla i pracownikom. Kaskadowanie celów i odpowiedzialności wywołuje aktywność pracowników i pozwala na wykorzystanie ich wiedzy o firmie i jej otoczeniu w celu weryfikacji strategicznych hipotez. Dzięki temu organizacja łatwiej może uniknąć wyznaczania celów nierealnych i poniesienia kosztów związanych z nimi działań. Stałe monitorowanie wyników dokonań operacyjnych pozwala na formułowanie strategii z uwzględnieniem rzeczywistych możliwości jej realizacji.

Rysunek 3. Logika powiązań między celami na mapie strategii



Źródło: Opracowanie własne na podstawie R.Kaplan/D.Norton „Strategy Maps”.

Wzrost stopnia identyfikacji pracowników ze strategią

Kaskadowanie celów z mapy strategii na cele jednostek organizacyjnych i zadania dla poszczególnych pracowników ułatwia im identyfikację z organizacją. Dotyczy to również świadomości wpływu wykonywanych zadań na cele osiąmane przez innych pracowników i na ich osobisty sukces. Wdrożenie BSC zwiększa tzw. świadomość biznesową pracowników, a przez to wpływa pozytywnie na ich wewnętrzną motywację i uzyskiwane rezultaty.

Przypisanie odpowiedzialności za osiągnięcie celów strategicznych

Niekiedy jednoznaczne przypisanie odpowiedzialności i uzyskanie akceptacji jej przyjęcia przez wskazane osoby jest istotnym problemem zarządczym. Precyzja, z jaką BSC „zmusza” do wskazania jednoosobowej odpowiedzialności za rezultaty i do wprowadzenia ich jednoznacznego, opartego na miernikach rozliczenia, skutecznie wpiera proces de-

legowania i kontroli. Ma to duży wpływ na motywację pracowników i osiągane przez nich wyniki.

Wdrożenie zmiany

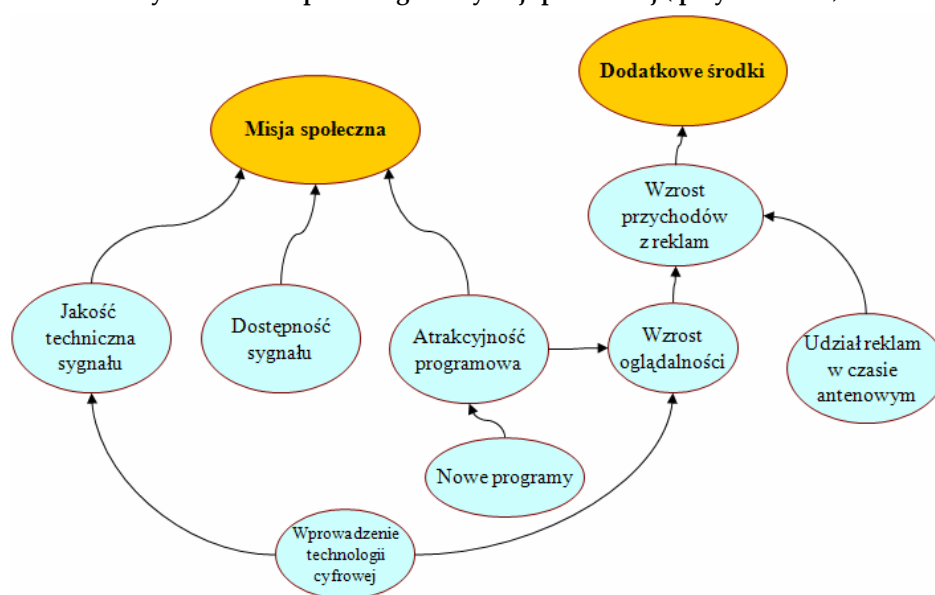
Zainteresowanie wdrożeniem BSC jest szczególnie duże wśród menedżerów firm, które wymagają zmian. Skuteczne przeprowadzenie zmiany wymaga znacznej determinacji zarządu lub silnego oddziaływania zewnętrznego, o co najłatwiej, gdy organizacja lub sektor znajdują się w głębokim kryzysie. Logika związków przyczynowo-skutkowych oraz wymóg podporządkowania wszystkich działań (i budżetów) celom strategicznym doskonale nadają się jako argumenty przemawiające za potrzebą zmiany.

4. Strategiczna karta wyników – modyfikacja na potrzeby sektora użyteczności publicznej

Nie dla każdej organizacji osiąganie zysku jest jedynym celem. Niekiedy nie jest nim wcale. Przykładem mogą być organizacje pożytku publicznego, stowarzyszenia, jednostki administracji samorządowej i państwowej. Innym przykładem są organizacje pełniące tzw. misję społeczną, jak np. telewizja publiczna (krzewienie kultury narodowej) lub szpital publiczny (gwarancja zdrowia i bezpieczeństwa). W takich organizacjach postawienie celów finansowych jako nadrzędnych prowadzi do konfliktu interesów i rozmycia odpowiedzialności za końcowe rezultaty. Cele statutowe nie są realizowane po pretekście „konieczności poprawy wyniku finansowego” lub szczupłości budżetu, a wynik finansowy nie jest realizowany pod pretekstem „konieczności realizacji celów statutowych”.

W przypadku organizacji *non profit* mapa strategii powinna zostać zmodyfikowana. Za nadrzędną należy uznać perspektywę klienta, podczas gdy głównym celem finansowym (będącym w tym przypadku fundamentem mapy) będzie utrzymanie kosztów w przyznanym budżecie. Jeżeli instytucja *non profit* prowadzi działalność nastawioną na klienta zewnętrznego, to pozyskanie dodatkowych środków (dotacje, działalność komercyjna) może traktować jako sposób powiększenia budżetu

Rysunek 4. Mapa strategii instytucji publicznej (przykład TVP)



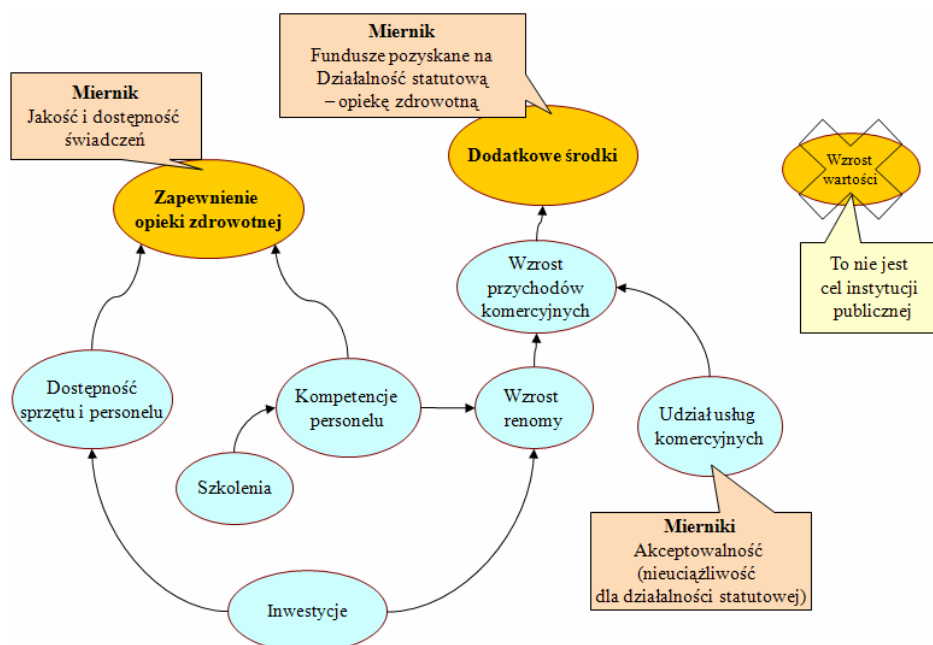
Źródło: Opracowanie własne.

5. Strategiczna karta wyników – modyfikacja na potrzeby szpitala

Opisana powyżej zasada modyfikacji modelu BSC ma zastosowanie w przypadku publicznych placówek ochrony zdrowia bez względu na formę prawną ich funkcjonowania. Rysunek 5 ilustruje fragment mapy strategii dla szpitala publicznego. Oczywiście dla każdej placówki model ten zostanie zmodyfikowany poprzez zastąpienie ogólnie nazwanych celów celami indywidualnymi (np. modelowy cel „usługi komercyjne” może w wybranej placówce być zastąpiony przez odpowiadający sytuacji tej jednostki cel „zwiększenie przychodów z diagnostyki obrazowej dla klientów poza NFZ”). Każdemu z indywidualnie wyznaczonych celów przypisany zostanie miernik (w przytoczonym przykładzie będzie

to np. „kwota miesięcznie od pacjentów poza NFZ” lub „udział przychodów od pacjentów poza NFZ do wartości kontaktu NFZ”) oraz wartość docelowa (np. 10% w I półroczu, 15% w II półroczu). Zdefiniowane zostaną również inicjatywy, czyli działania konieczne do uzyskania zamierzonego rezultatu oraz niezbędne zasoby, a także wskazane osoby odpowiadające za ich realizację. Tak opracowany plan będzie stanowił podstawę realizacji strategii.

Rysunek 5. Mapa strategii szpitala publicznego



Źródło: Opracowanie własne.

Modyfikacja modelu BSC na potrzeby placówki leczniczej wymaga również przeredagowania pytań prowadzących do poprawnego zdefiniowania celów w poszczególnych perspektywach, np.:

- Perspektywa klienta – czego oczekują od nas pacjenci i inni interesariusze, w tym instytucje założycielskie?
- Perspektywa procesów – co możemy usprawnić, aby lepiej realizować naszą misję?

- Perspektywa rozwoju – jakie kompetencje i wyposażenie pomogą nam działań sprawniej, jak powinniśmy się zmieniać?
- Perspektywa finansowa (tym razem umieszczona najniżej w modelu BSC) – jak sprawnie pozyskujemy środki finansowe z NFZ, od donatorów i z rynku komercyjnego, w celu rozwoju naszej placówki?

6. Podsumowanie

Zgodnie z tendencją wykorzystania w zarządzaniu jednostkami publicznymi metod stosowanych w przedsiębiorstwach komercyjnych, zarówno BSC, jak również inne koncepcje znajdują swoje zastosowanie w sektorze ochrony zdrowia. Rysunek 6 ilustruje możliwość skoordynowanego wykorzystania takich metod jak:

ABC – Activity Based Costing

CRM – Customer Relationship Management

VBM – Value Based Management

EVA – Economic Value Added

BPM – Business Process Management

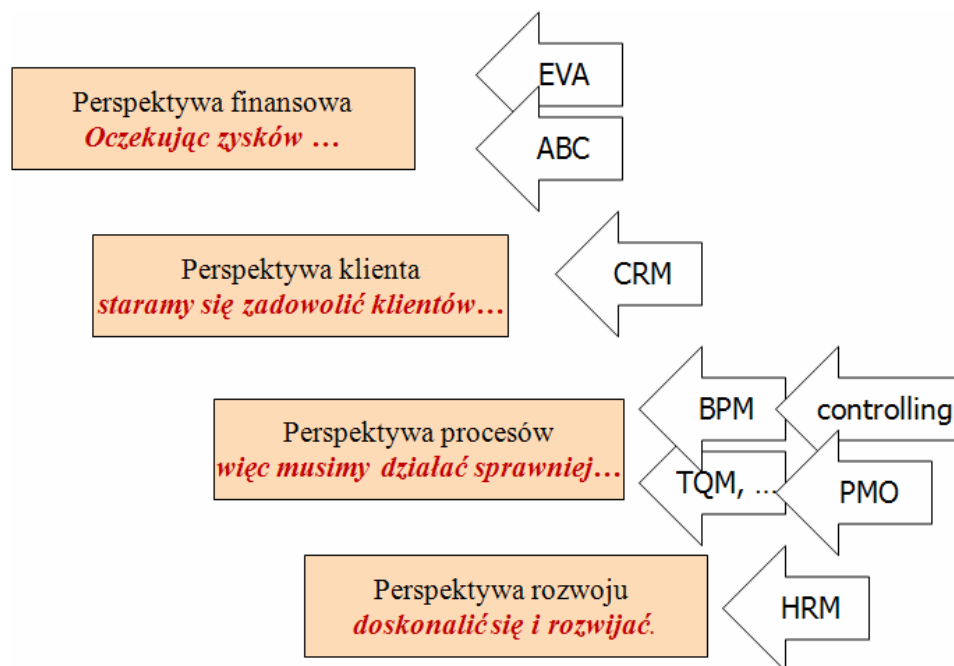
TQM – Total Quality Management

PMO – Project Management Office

HRM – Human Resources Management

Większość ze wskazanych koncepcji może, po odpowiedniej modyfikacji, zostać z powodzeniem wykorzystana do poprawy jakości zarządzania podmiotami leczniczymi w Polsce. Celem projektu *Platforma Informacji Medycznych* jest przybliżenie menedżerom ochrony zdrowia tych z nich, które najlepiej odpowiadają specyfice potrzeb sektora.

Rysunek 6. Balanced Scorecard a inne metody zarządzania



Źródło: Opracowanie własne

Bibliografia

- Robert S. Kaplan, David P. Norton, *The Balanced Scorecard – Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston MA, 1996.
- Robert S. Kaplan, David P. Norton, *Strategiczna karta wyników – praktyka*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 2001.
- Robert S. Kaplan, David P. Norton, *Strategy Maps – Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*, Harvard Business School Press, Boston MA, 2004
- <http://www.thepalladiumgroup.com> – strona firmy doradczej założonej przez autorów koncepcji BSC
- <http://www.bscol.se/> -film prezentujące główne założenia BSC

M. D. Głowacka, I. Nowakowska, B. Bajurna*

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

L. Mendyka

„ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w Przybyszewie

Funkcjonowanie opieki długoterminowej na przykładzie „ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa w Przybyszewie

**The functioning of long-term care for example,
"ARNICA" Long-term nursing care in Przybyszewo**

Abstract: Introduction: The demand for long-term care increases. This is due to lengthening the life of society and, consequently, increased morbidity. It becomes necessary to enable persons with disabilities and the elderly, continuing care in the home environment.

Aim: To show the operation of long-term care, for example, the company "ARNICA" during the period of its activity (2009–2012).

Material and Methods: Based on data from the NFZ and business records, including medical records of patients brought closer: the number of companies providing such services in the district Leszno, the changes in the employment structure of nursing staff, the limit of points awarded by the National Health Fund in each year, cause disease patients in nursing care and patient status in each period of stay according to the Barthel scale.

Results: Leszno providers in the district, in the long-term care home, arrives (from 15 to 30). There is a noticeable upward trend in employment in each year, but in the last year, employment decreased in 2012. Nurses employed in the enterprise are educated people. The number of points contracted from year to year increase, the current year 2012 has a smaller number of allocated points. The most common cause of admission was the condition of patients after stroke, post-surgery of intracerebral

* Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

hematoma, congestive heart failure, atherosclerosis. These were mostly patients after hospital treatment. Into the care of patients rated on a scale below 40p. Barthel.

Conclusions: The company operates in a competitive market, the number of providers from year to year increases. Credits contracted in previous years was more than the current year, which in turn leads to lower employment and to reduce the number of patients likely to remain under the care of the company. To enable the continuation of medical care to people with disabilities and elderly in the home environment would help both the patient and family to function with the disease in a favorable environment.

Keywords: company, long-term care, functioning.

1. Wprowadzenie

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w Polsce rośnie równie szybko, jak i w innych krajach europejskich. Fakt ten wiąże się ze zmianami demograficznymi, oraz społeczno-kulturowymi, które wystąpiły w ostatnich kilkudziesięciu latach. Staje się on jednym z największych wyzwań współczesnej Europy. Potrzeba ekonomizacji ochrony zdrowia doprowadziła do tworzenia coraz większej sieci placówek opieki długoterminowej. Prowadzone dyskusje na temat konieczności dostosowania systemów zdrowotnych do potrzeb osób starszych, mają na uwadze również zachowanie stabilności, jaką jest stabilność finansowa [Karczmarsz, *Z życia Funduszu...*]. Starzenie się populacji, oraz wydłużenie średniej długości życia wykazuje tendencję rosnącą. Dzięki prognozom demograficznym przeprowadzonym do roku 2030, wiemy, że zdecydowany spadek osób w wieku produkcyjnym w stosunku do osób starych potrzebujących opieki jest znaczny [Błędowski 2006, s. 221–240]. Rodziny osób niepełnosprawnych są zmuszone do kontynuowania opieki nad tymi osobami czasami przez wiele lat, nie będąc w ogóle do tego przygotowane. Dyskusje prowadzone w tym względzie w naszym kraju i dostosowanie się do polityki europejskiej powodują, że zwraca się uwagę na umożliwienie osobom niepełnosprawnym, jak i starszym, kontynuowanie opieki medycznej w środowisku domowym. Działania te pomogą zarówno pacjentowi, jak i rodzinie funkcjonować z chorobą w sprzyjającym środowisku.

2. Teoretyczne aspekty poruszanej problematyki

Opieka długoterminowa na potrzeby systemu ochrony zdrowia, została zdefiniowana jako długofalowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja, oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana instytucjonalnie w celu podtrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego chorym z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, nie kwalifikującym się do leczenia szpitalnego [Skomłowska 2010, s. 13].

Intensywnie starzejące się społeczeństwo, wzrost osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, niski przyrost naturalny, a także zachwiana równowaga pomiędzy osobami w wieku produkcyjnym a poprodukcyjnym, spowodowała potrzebę rozwoju opieki długookresowej. Tabela 1 przedstawia instytucje odpowiedzialne za realizację opieki długoterminowej w Polsce.

Tabela 1. Instytucje odpowiedzialne za realizację opieki długoterminowej w Polsce

W ramach opieki domowej	z systemu opieki zdrowotnej realizuje: <ul style="list-style-type: none"> – pielęgniarka środowiskowo-rodzinną współpracującą z lekarzem pierwszego kontaktu, – pielęgniarka domowa (w oparciu o kontrakt: pielęgniarska opieki długoterminowej), – wielodyscyplinarny zespół opieki długoterminowej
	z pomocy społecznej realizuje: <ul style="list-style-type: none"> – opiekunka środowiskowa (świadcząca usługi zarówno opiekuńcze gospodarcze jak i pielęgnację podstawową) i – pielęgniarka lub inny terapeuta (świadcząc usługi opiekuńcze specjalistyczne), – na wniosek pracownika socjalnego.
W ramach opieki instytucjonalnej	z systemu opieki zdrowotnej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> – oddział szpitalny dla przewlekle chorych, – zakład opiekuńczo-leczniczy, – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – oraz hospicjum;
	Z pomocy społecznej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> – domy pomocy społecznej.
W ramach opieki półstacjonarnej	z systemu opieki zdrowotnej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> – dzienny oddział chorób psychicznych;
	z pomocy społecznej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> – dzienny dom pomocy społecznej.

Źródło: [Szczerbińska, <http://www.docedu.klwp.pl/print.php?id=135>].

Jak zwraca uwagę WHO, koniecznym staje się zapewnienie wsparcia w działaniach, które sprzyjają wielokierunkowej aktywności osób starszych, oraz zabezpieczenie przed złą kondycją psychospołeczną [Lewandowska 2008, s. 115–119]. Chorzy, którzy są objęci opieką długoterminową, oprócz opieki i pielęgnacji, wymagają również wdrożenia postępowania, które doprowadzi do poprawy stanu czynnościowego, jak również jakości życia [Browman, Whistler, Ellerby 2004, pp. 561–566].

Będąc członkami Unii Europejskiej, musimy dostosowywać się do nowych wyzwań, które są związane ze starzeniem się społeczeństwa, a także z rosnącymi wymaganiami pacjentów. Proces realizacji opieki długoterminowej w Polsce jest zauważalny, jednakże należałoby się zastanowić nad funduszami na nią przeznaczanymi.

3. Zadania pielęgniarstwa w opiece długoterminowej

Kontrakty w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej zostały zawierane od 2004 roku. Osobami korzystającymi i zakwalifikowanymi do takiej opieki są pacjenci nie potrzebujący hospitalizacji w szpitalu, jednakże wymagający systematycznej opieki pielęgniarstwa, która może być prowadzona w warunkach domowych. W ramach swojej działalności współpracuje z lekarzem rodzinnym. Pielęgniarka na podstawie kontraktu z NFZ na pielęgniarstwo opiekę długoterminową domową, świadczy usługi pacjentom, którzy są przewlekle chorzy somatycznie, oraz psychosomatycznie, niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w karcie oceny świadczeniobiorcy (zmodyfikowana skala Barthel¹) uzyskali od 0 do 40 punktów. Z pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej wyłączeni są pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej

Do kompetencji pielęgniarstwa opieki długoterminowej należy [Skomłowska 2010, s. 22–23 oraz Bień, Doroszkiewicz 2006, s. 48–57]:

- ustalenie diagnozy pielęgniarstwa na podstawie zebranego wywiadu;
- realizowanie świadczeń pielęgniarstwa wynikających z ustalonego procesu pielęgnowania;

¹ Mahoney FI, Barthel D. (1965), *Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel*, "Maryland State Med Journal", no 14, pp. 56–61.

- poprzez współpracę z instytucjami takimi jak np. pracownik socjalny, opieka społeczna, lekarz POZ, zapewnienie sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego w procesie rehabilitacji i pielęgnacji pacjenta;
- przeprowadzanie szeroko pojętej edukacji zdrowotnej obejmującej zarówno pacjenta, ale także jego rodzinę.

4. Przybliżenie opisywanego przedsiębiorstwa

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa. Spółka Cywilna, został utworzony na mocy Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Organem założycielskim była spółka cywilna, która uchwałą powołała NZOZ dn. 1.01.2009 r. w Przybyszewie. Zakład ten został utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej, jest to opieka nad pacjentami przewlekle chorymi, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne, wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej, udzielanej w warunkach domowych. NZOZ „ARNICA” funkcjonował od 2009, do końca 2011 roku jako spółka cywilna. W związku z wejściem w życie przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, iż podmiotem leczniczym jest przedsiębiorca, czyli osoba prowadząca działalność gospodarczą, dlatego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARNICA” Spółka Cywilna, został przekształcony w przedsiębiorstwo lecznicze o nazwie „ARNICA” Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Spółka Jawna. Usługi dla pacjentów świadczy w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

5. Zakres i metodyka badań

Celem niniejszej pracy jest ukazanie funkcjonowania opieki długoterminowej, na przykładzie przedsiębiorstwa „ARNICA” w okresie jej działalności (2009–2012).

Na podstawie danych z NFZ oraz dokumentacji przedsiębiorstwa, w tym dokumentacji medycznej pacjentów przeanalizowano: liczbę przedsiębiorstw świadczących takie usługi w subregionie leszczyńskim, zmiany zachodzące w strukturze zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, limity punktów przyznanych przedsiębiorstwu przez NFZ na świadczenia pielęgniarskie w poszczególnych latach, główne przyczyny chorobowe pacjentów objętych opieką pielęgniarską, a także stan pacjentów w poszczególnych okresach pobytu wg skali Barthel.

6. Prezentacja wyników badań

W pierwszej kolejności przybliżono liczbę przedsiębiorstw świadczących takie same usługi w subregionie.

Liczba przedsiębiorstw świadczących takie usługi z roku na rok zwiększa się. Porównując rok 2009, gdzie było ich 15, do roku 2012 – jest ich 30, zauważa się wzrost o 100%. Świadczyć to może o dużym zainteresowaniu wśród kadry pielęgniarskiej na świadczenie opieki, a także wskazuje na duże zapotrzebowanie w subregionie na taki zakres usług.

Tabela 2. Przedsiębiorstwa świadczące usługi w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej – domowej w poszczególnych latach

	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.
Leszno	2	3	3	4
Przybyszewo	1	2	2	2
Rawicz	3	6	4	4
Kościan	2	2	2	3
Wolsztyn	2	2	2	2
pozostałe ^{a)}	5	12	12	14
Razem	15	27	25	30

^{a)} należą do nich: Borek Wielkopolski, Chumiętki, Chwałkowo, Zimnowoda, Wolsztyn, Gostyń, Rogowo, Osiek, Przemęt, Mochy, Bucz, Osieczna, Siedlec, Wijewo.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnianych przez NFZ.

Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji przedsiębiorstwa uzyskano dane zamieszczone w tabeli 3.

Tabela 3. Liczba zatrudnionego personelu pielęgniarskiego i jego wykształcenie w poszczególnych latach

	2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.
Pielęgniarka + kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo opieki długoterminowej	2	3	4	3
Licencjat pielęgniarstwa + kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo opieki długoterminowej	0	2	2	1
Mgr pedagogiki +specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	0	1	1	1
Mgr pielęgniarstwa + kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo opieki długoterminowej	0	0	2	1
Mgr pielęgniarstwa +specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa geria- trycznego	1	1	1	1
Razem osób zatrudnionych:	3	7	10	7

Źródło: opracowanie własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że pielęgniarki zatrudnione w przedsiębiorstwie są osobami wykształconymi. Oprócz kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa opieki długoterminowej, który jest niezbędny przy składaniu ofert podczas kontraktowania świadczeń, posiadają również magistra pielęgniarstwa (2 os.) licencjat pielęgniarstwa (2 os.) oraz specjalizację w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej (1os.) i pielęgniarstwa geriatrycznego (1os.).

Zauważyć można również tendencję wzrostową zatrudnienia w poszczególnych latach 2009–2011 (3–7–10 os.), jednakże w ostatnim roku 2012 zatrudnienie zmalało do 7 osób.

Wszystkie osoby zatrudnione wykazują duży staż pracy w zawodzie pielęgniarki, min 15 – max 25 lat. Natomiast w środowisku domowym pacjenta jest on w przedziale max 6 lat – min 12 mies. Z przeprowadzonej analizy dokumentów zauważono chęć pracy w takiej formie zatrudnienia – 3os. zostały zgłoszone do NFZ i oczekują na możliwość podjęcia pracy.

Kolejna tabela przedstawia ograniczenia punktowe w zakresie świadczeniu usług.

Tabela 4. Limit punktów przyznanych dla przedsiębiorstwa przez NFZ na świadczenia pielęgniarские w ramach opieki długoterminowej w poszczególnych latach

	Miesięcznie	Rocznie
2009 r.	91 pkt.	1095 pkt.
2010 r.	665 pkt.	7980 pkt.
2011 r.	740 pkt.	8888 pkt.
2012 r.	640 pkt.	7686 pkt.

Źródło: opracowanie własne

Zauważyć można, że w latach 2009–2011 liczba punktów zakontraktowanych z roku na rok się zwiększała. Obecny rok 2012 wykazuje jednak mniejszą liczbę przydzielonych punktów, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia liczby pacjentów mogących pozostać pod opieką przedsiębiorstwa.

Następnie przeprowadzono analizę dokumentów, na podstawie której można przedstawić najczęstsze rozpoznania kliniczne będące wśród chorych objętych pielęgniarską opieką długoterminową.

Tabela 5. Główne przyczyny chorobowe pacjentów objętych opieką pielęgniarską w poszczególnych latach

Lata	2009	2010	2011	2012	Razem wg. schorzenia
Stan po udarze mózgu	5	22	19	8	54
Otępienie	1	1	2	2	6
Choroba Parkinsona	0	0	1	1	2
Stan po złamaniu szyjki k. udowej	0	1	3	2	6
Cukrzyca	0	2	1	1	4
Przewlekła niewydolność nerek	1	2	2	2	7
Stan po operacji krwaka śródmózgowego	3	4	3	3	13
Niewydolność krążenia, miażdżyca	0	3	5	3	11
Inne	0	2	1	1	2

Źródło: opracowanie własne.

Do najczęstszych przyczyn przyjęć pacjentów należały stan po udarze mózgu (w sumie 54 os.) oraz stany po operacji krwaka śródmózgowego (13 os.), a także niewydolność krążenia, miażdżyca (11 os.). Z przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej wynika, że są to pacjenci głównie po leczeniu szpitalnym, dla których jest to jedyna forma opieki medycznej (ok. 80%), pozostali pacjenci są przyjmowani na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego. Obecnie czekają w kolejce jeszcze 4 osoby, jednakże limit przyjęć jest ograniczony uzyskanym kontraktem z NFZ.

Podmiot leczniczy, jakim jest przedsiębiorstwo „ARNICA”, przyjmuje pacjentów u których stwierdzono ciężką niepełnosprawność czynnościową. Zakwalifikowanie ich odbywa się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, oraz karty oceny świadczeniobiorcy, uzyskując 0–40 pkt (skala Barthel).

Tabela 6. Stan pacjentów w poszczególnych okresach pobytu określony według skali Barthel

	przyjęcie			wypis	zgon
	0 pkt.	5–20 pkt.	21–40 pkt..	+ 40pkt.	0 pkt.
2009 r.	2	8	0	3	3
2010 r.	1	25	5	3	9
2011 r.	0	11	6	3	9
2012 r.	0	3	0	2	1

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że najwięcej takich pacjentów miało od 5–20pkt. (47 os.). Jednakże zdarzali się chorzy uzyskujący 0 pkt (3 os.) jak również 21–40 pkt. (11 os.). Pacjenci przebywający pod opieką pielęgniarstwa po comiesięcznej ocenie wg skali i uzyskujący powyżej 40 pkt. nie zostali zakwalifikowani do dalszej opieki. Na przełomie lat 2009–2012 było to 11 pacjentów. Zdarzają się również przypadki, że mimo opieki pielęgniarstwa pacjenci umierają (odpowiednio wg lat 3–9–9–1 os.)

7. Podsumowanie i wnioski

Wzrasta liczba pacjentów wymagających pielęgniarstwa długoterminowego w domu. Jest to spowodowane starzejącym się społeczeństwem i niepełnosprawnością. W tym roku zmniejszono nakłady w NFZ na tego typu działalność. Z tego powodu staje się konieczne zwrócenie uwagi na dalszy rozwój tej działalności w Polsce. Opieka długoterminowa jest profesjonalną pomocą, która nie przynosi pozytywnych skutków, doprowadzających do wyzdrowienia, ale pozwala na ograniczenie bólu, cierpienia chorych, spowodowanych długotrwałym unieruchomieniem. Pozbawienie pacjentów, oraz ich rodzin tej opieki powoduje, że stają się osamotnieni i bezradni, wobec problemów wynikających z choroby. Należy podkreślić, że są to świadczenia gwarantowane, które należą się każdemu pacjentowi wymagającemu opieki. Pielęgniarki deklarują chęć wykonywania tej pracy, pomimo dużej odpowiedzialności, a także zmęczenia psychicznego i fizycznego. Z drugiej strony stawki, które proponuje płatnik, nie dające satysfakcji finansowej, z pewnością nie przyczyniają się do zainteresowania kadr pielęgniarskich tą dziedziną działalności medycznej.

Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. W okresie działalności przedsiębiorstwa „ARNICA” świadczeniodawców w subregionie leszczyńskim, w ramach opieki długoterminowej domowej, przybywa; w roku 2009 było 15, obecnie w 2012 jest 30, co powoduje, że przedsiębiorstwo działa na rynku konkurencyjnym.
2. Zauważa się tendencję wzrostową zatrudnienia w poszczególnych latach 2009–2011 (3–7–10 os.), jednakże w ostatnim roku 2012 zatrudnienie zmalało do 7 osób; pielęgniarki zatrudnione w przedsiębiorstwie są osobami wykształconymi.
3. Liczba punktów zakontraktowanych z roku na rok zwiększała się (2009–2011); obecny rok 2012 wykazuje jednak mniejszą liczbę przydzielonych punktów, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia liczby pacjentów mogących pozostać pod opieką przedsiębiorstwa.

4. Najczęstszą przyczyną przyjęć pacjentów był stan po udarze mózgu (w sumie 54 os.), stany po operacji krwaka śródmózgowego (13 os.), niewydolność krążenia, miażdżyca (11 os.) – są to pacjenci głównie po leczeniu szpitalnym(ok. 80%), pozostali są przyjęci na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego. Obecnie czekają w kolejce jeszcze 4 osoby, jednakże limit przyjęć jest ograniczony uzyskanym kontraktem z NFZ.
5. Najwięcej pacjentów objętych opieką oceniono w skali Barthel od 5–20 pkt. (47 os.), chorzy uzyskujący 0 pkt (3 os.), 21–40 pkt. (11 os.). Pacjentów uzyskujących powyżej 40 pkt. – nie zakwalifikowanych do dalszej opieki, na przełomie lat 2009–2012 było to 11 pacjentów, mimo objęcia opieką pielęgniarstwa, na skutek choroby, zmarły 22 osoby.

Bibliografia

- Browman C., Whistler J., Ellerby M. (2004), *A national consensus of care home residents*. Age and Ageing, no 33.
- Bień B., Doroszkiewicz H. (2006), *Opieka długoterminowa w geriatricii: dom czy zakład opieki*, Przewodnik Lekarza; nr 10.
- Błędowski P. (2006), Starzenie się ludności- analiza demograficzna, w: Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Karczmarsz S., *Z życia Funduszu... opieka długoterminowa w Polsce i w UE*, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej: [http://www.nfz.gov.pl/new/index.php? katnr=6&dzialnr=145&artnr=465](http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=6&dzialnr=145&artnr=465) (data wejścia 2012.02.11).
- Lewandowska A. (2008), *Expectations of nursing homes pensioners*, [w:] red.: Olchowik G., *Wellness in different phases of life*, Wydawnictwo Neuro Centrum, Lublin.
- Mahoney FI., Barthel D. (1965), *Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel*, Maryland State Med Journal; no14.
- Skomłowska E. (2010), *Organizacja opieki długoterminowej*, [w:] Kędziora-Kornatowska K., Muszałik M., Skomłowska E. (red.) *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Szczerbińska K., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie*, <http://www.docedu.klrwp.pl/print.php?id=135> (data wejścia 2012.02.09).

Rozdział III.

KAPITAŁ LUDZKI W ORGANIZACJACH MEDYCZNYCH

Ewa Jakubek, Maria Danuta Głowacka, Monika Matecka

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komunikacja jako element kompetencji zawodowych pracowników służby zdrowia

Communication as an element of health service employees' professional competence

Abstract: Providing a patient with appropriate information, instrumental and emotional support constitutes the fundamental condition of building a therapeutic relationship. Any disruptions in this area (a lack of information, insufficient or contradictory information) entail a number of psychological consequences (they negatively influence a patient's emotional state) and somatic ones (they delay the recovery process). This paper presents the results of the studies which involved the patients hospitalised in specialist hospitals of the Great Poland province. The paper focuses on various aspects of the satisfaction of the patients staying at wards, paying special attention to the issue of conveying information that concern the diagnosis, treatment and the ward's functioning. The doctors' competence has been evaluated.

Key words: communication, medical personnel, patient, satisfaction

1. Wprowadzenie

Jednym z elementów kompetencji zawodowych lekarza powinny być kompetencje psychospołeczne, umożliwiające nawiązanie relacji terapeutycznej z pacjentem. Kluczową rolę w relacji pacjent-lekarz odgrywa prawidłowa komunikacja, związana z właściwym przekazywaniem informacji dotyczących stanu zdrowia, planowanego procesu diagnostycz-

no-leczniczego, przebiegu zabiegów i operacji, ryzyka związanego z wyborem konkretnej metody postępowania leczniczego i skutków ubocznych stosowanych leków. Skuteczna komunikacja jest istotnym czynnikiem warunkującym poziom satysfakcji pacjenta. Satysfakcja pacjenta to wrażenie z doświadczenia usługi rozpatrywane w kontekście stawianych jej oczekiwań [Chłodnicki 2004]. W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące najważniejsze obszary oczekiwań pacjenta [Lawthers 1999]:

- dostępność,
- dobrą komunikację i informację przekazywaną w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, leczenia itp.),
- respektowanie praw pacjenta i jego preferencji przy wyborze sposobu leczenia,
- kontynuację i koordynację całego procesu terapeutycznego (konsultacje z innymi lekarzami, koordynacja procesu przez lekarza, gdy poszczególne etapy leczenia odbywają się w innych ośrodkach itp.),
- komfort psychiczny – podczas badania i samego procesu leczenia,
- dopasowanie opieki do indywidualnych oczekiwań i potrzeb.

Indywidualny poziom satysfakcji z usługi zależy zarówno od rzeczywistych, obiektywnych parametrów tej usługi, jak i od osobistych oczekiwań pacjenta, jego wartości oraz doświadczeń [Mazurek-Łopacińska 2002].

2. Cel badań, materiał i metoda badawcza

Celem podjętych badań była próba diagnozy różnych aspektów satysfakcji pacjentów hospitalizowanych w specjalistycznych szpitalach województwa Wielkopolskiego. Szczegółowej analizie poddano proces komunikacji w relacji pacjent-lekarz.

Badania przeprowadzono w 2010 roku wśród pacjentów przebywających w specjalistycznych placówkach lecznictwa zamkniętego na terenie Wielkopolski. Osoby uczestniczące w badaniu były hospitalizowane na następujących oddziałach: chirurgii, ortopedii, urologii, kardiologii, laryngologii, ginekologiczno-położniczym, chorób wewnętrznych, urologii, kardiologii i onkologii.

W badaniach wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze PASAT, skonstruowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, służące diagnozowaniu poziomu satysfakcji pacjenta z pobytu na oddziale szpitalnym. Do sporządzenia analiz wykorzystano statystyki opisowe, posłużono się frakcjami procentowymi.

W badaniu wzięło udział 103 losowo wybranych pacjentów – 70 kobiet (68%) i 33 mężczyzn (32%) w wieku średnio 45,7 lat (średnia wieku kobiet – 45,7, mężczyzn – 45,9). Najmłodsze osoby biorące udział w badaniu miały 17 lat, a najstarsze – mężczyzna – 77 lat, kobieta – 81 lat.

26,5% osób biorących udział w badaniu legitymowało się wykształceniem wyższym, 12,2% posiadało wykształcenie pomaturalne, 38,8% wykształcenie średnie, 18,4% – wykształcenie zawodowe i 4,1% – wykształcenie podstawowe. Tylko 5 osób nie podało poziomu wykształcenia.

Pacjenci kierowani byli do danych placówek zazwyczaj przez prowadzącego lekarza specjalistę (46,1% osób biorących udział w badaniu). Kolejną co do ilości grupę – 28,4% – stanowili pacjenci, którzy otrzymali skierowanie od lekarza rodzinnego. Osoby, które leczą się w prywatnych gabinetach to grupa 11,8% pacjentów; 3,9% osób otrzymało skierowanie od lekarza pogotowia ratunkowego, a 9 osób zostało przyjętych bez skierowania bądź było przyjętych jako nagły przypadek – 8,8% ogółu osób biorących udział w badaniu. Jedna osoba (1%) została przeniesiona do szpitala, w którym prowadzono badania z innej placówki medycznej.

Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala był w opinii osób biorących udział w badaniu dość krótki. 21,6% osób przyjęto do szpitala natychmiast, czas oczekiwania od 1 do 6 dni dotyczył 18,6% pacjentów, a powyżej 7 do 14 dni – 14,4% pacjentów objętych badaniem. Łącznie maksymalny czas oczekiwania do 2 tygodni dotyczył 54,6% osób. Kolejno analizowano odsetek osób czekających na leczenie szpitalne do 4 tygodni. Taki okres oczekiwania podało 18,6% osób. 11,3% osób czekało na przyjęcie do szpitala dłużej, bo od 1 do 2 miesięcy, a czas od 2 do 6 miesięcy dotyczył 9,3% oczekujących. Nieliczna grupa (6,2% osób) musiała czekać na leczenie szpitalne dłużej niż 6 miesięcy.

Obiektywna ocena czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala została poszerzona o subiektywne odczucia pacjentów odnośnie do tej kwestii. Okazuje się, że subiektywna ocena wypada dobrze: 21,3% pacjentów

oceniło czas oczekiwania jako bardzo krótki, 28,7% jako krótki, a 25,5% jako raczej krótki (łącznie grupa ta obejmowała 75,5% osób), 16% uznało ten czas za długi, a 8,5% za bardzo długi.

Powody, dla których respondenci wybierali daną placówkę były zróżnicowane. Najliczniejsza grupa pacjentów kierowała się sugestią lekarza leczącego i stanowiła 33,3% osób. Kolejno badani wymieniali brak wpływu na miejsce, w którym mieli być hospitalizowani (dotyczyło to 30,3% osób). Dla 11,1% osób ważną przyczyną wyboru szpitala była jego lokalizacja, a wybór zgodny z sugestią rodziny lub znajomych wskazało jako istotny ponad 9% pacjentów. Sugerowano się także kwalifikacjami kadry (7,1% osób). Dla 5,1% osób istotna była obecność konkretnego lekarza, dla 2% – nowoczesna diagnostyka i dla takiej samej grupy (2%) – nowoczesny sprzęt.

3. Wyniki badań i ich omówienie

Pacjenci uczestniczący w badaniu proszeni byli o ocenę poziomu uzyskanych informacji dotyczących ogólnych warunków pobytu w szpitalu. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że informacje dotyczące harmonogramu dnia oraz zasad regulujących pobyt chorego w szpitalu były przekazane w sposób rzetelny. Wiedzę taką uzyskało ponad 61% przyjętych pacjentów, natomiast 30,7% osób wskazało na braki w tym zakresie. Z kolei 7,9% osób stwierdziło, że nie potrzebowało informacji na ten temat.

Informacje o lokalizacji sal badań, dyżurek lekarskich, punktów pielęgniarskich i rozmieszczeniu innych pomieszczeń szpitalnych zwykle przekazuje się pacjentowi zaraz po przyjęciu. Liczna grupa, bo aż 29% deklaruje, że takich informacji nie otrzymała, natomiast 60% pacjentów uzyskało wiedzę w tym zakresie. Należy podkreślić, że brak tak podstawowych informacji niekorzystnie wpływa na adaptację pacjenta do warunków szpitalnych.

Istotnym, choć nadal niedocenianym, elementem postępowania klinicznego w dziedzinie diagnozowania, leczenia pacjentów i opieki nad nimi jest komunikacja interpersonalna. Zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia jest w dużej mierze uwarunkowane jakością komuni-

kacji. To, w jaki sposób lekarze mówią do pacjentów i w jaki sposób ich słuchają, określa stopień zadowolenia pacjentów z wzajemnego kontaktu. Brak zadowolenia z kontaktu z lekarzem może natomiast znacząco osłabić postawę współpracy ze strony pacjenta, wzbudzić poważne wątpliwości co do kompetencji lekarza, wydłużyć okres rekonwalescencji, a także zwiększyć liczbę procesów wytaczanych lekarzom w związku z popełnianymi przez nich błędami [Gordon, 1999]. Postawa współpracy i uczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji usprawnia postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, podczas gdy tradycyjna opieka lekarska często pozbawia chorego możliwości sprawowania kontroli nad procesem leczenia, wiary we własne siły i poczucia godności [Brody, 1980].

Terminy planowanych badań czy zabiegów w większości były znane pacjentom (odpowiedzi „tak” lub „raczej tak”), co potwierdziło 80,4% hospitalizowanych. Jednak 12,7% osób nie uzyskało informacji o terminach zabiegów lub badań. Sytuacja taka jest niekorzystna dla dobrostanu psychicznego pacjentów, ponieważ potęguje poczucie ich zagubienia, niepewności i chaosu. Ponadto, wszelkie nagłe działania podejmowane wobec osoby chorej, zmiany decyzji w procesie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wywołują dezorganizację zachowania pacjenta oraz obniżają jego gotowość do podejmowania współpracy z personelem leczącym.

Jeśli chodzi o ocenę poziomu uzyskanych informacji na temat sposobu przygotowania się do planowanych badań czy zabiegu, można stwierdzić, że: nieco ponad połowa osób uczestniczących w badaniu (49%) uzyskała takie informacje (odpowiedź „tak”), a 30,6% osób uzyskało je w pewnym stopniu (odpowiedź „raczej tak”), co może świadczyć o tym, że otrzymane informacje były np. zbyt ogólne lub lakoniczne. Niepokojący jest natomiast fakt, że 17,3% pacjentów nie otrzymało niezbędnych informacji, co w sposób istotny może opóźnić rozpoczęcie procesu terapeutycznego, gdyż powoduje np. konieczność przełożenia badania lub zabiegu na inny termin, a w konsekwencji niepotrzebnie wydłuża pobyt pacjenta w szpitalu. Negatywnym skutkiem takiego zaniedbania jest również niska ocena rzetelności i profesjonalizmu danej placówki.

Analizowano również stopień poinformowania pacjentów w zakresie przysługujących im praw. Brak takich informacji zadeklarowało 36,4%

pacjentów. Prawa przysługujące pacjentowi określa Karta praw pacjenta, jednakże świadomość i wiedza osób niezwiązanych zawodowo z obszarem zdrowia jest niska. Należy dodać ponadto, że osoby domagające się informacji na temat stanu swego zdrowia i różnych aspektów związanych z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym są często postrzegane przez personel lekarski jako pacjenci roszczeniowi, trudni.

Poniżej omówiono odpowiedzi pacjentów dotyczące oceny kompetencji psychospołecznych personelu lekarskiego. Podstawą oceny była 5-punktowa skala, zawierająca następujące możliwe odpowiedzi: 1 – bardzo dobrze; 2 – dobrze; 3 – raczej dobrze; 4 – źle; 5 – bardzo źle.

Tabela 1. Ocena życzliwości lekarza

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	31	30,1	30,4	30,4
	dobrze	38	36,9	37,3	67,6
	raczej dobrze	23	22,3	22,5	90,2
	źle	7	6,8	6,9	97,1
	bardzo źle	3	2,9	2,9	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, najwyżej ocenili pacjenci życzliwość personelu lekarskiego. Cechę tę zaobserwowało w relacji z lekarzem 90,2% pacjentów, przy czym oceny bardzo dobre oraz dobre uzyskano łącznie w przypadku 67,6% osób, natomiast 22,5% osób oceniło życzliwość w kategoriach „raczej dobrze”.

Wysoko oceniono również taką umiejętność lekarzy, jak uważne słuchanie pacjenta, a szczegółowo rzecz ujmując – 31,4% pacjentów oceniło tę umiejętność bardzo dobrze, 37,3% – dobrze, a 20,6% – raczej dobrze. Oceny negatywne sformułowało jednak 8,8% osób uczestniczących w badaniu.

Tabela 2. Ocena umiejętności lekarza w zakresie uważnego słuchania

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	32	31,1	31,4	31,4
	dobrze	38	36,9	37,3	68,6
	raczej dobrze	21	20,4	20,6	89,2
	źle	6	5,8	5,9	95,1
	bardzo źle	3	2,9	2,9	98,0
	nie dotyczy	2	1,9	2,0	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Łącznie 69% pacjentów wysoko oceniło kolejną umiejętność lekarzy, a mianowicie zrozumiałe przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia, diagnostyki, leczenia (ocena bardzo dobra – 25,5% wskazań, ocena dobra – 41,2 wskazań, ocena raczej dobra – 25,5% wskazań). Zrozumienie i uwzględnianie przez pacjenta wskazówek i zaleceń jest niezbędne dla uzyskania efektu terapeutycznego, stąd podawanie informacji w sposób zrozumiały i niepozostawiający miejsca na domysły i wątpliwości jest rzeczą kluczową.

Tabela 3. Ocena umiejętności lekarza w zakresie formułowania zrozumiałych informacji

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	26	25,2	25,5	25,5
	dobrze	42	40,8	41,2	66,7
	raczej dobrze	26	25,2	25,5	92,2
	źle	7	6,8	6,9	99,0
	bardzo źle	1	1,0	1,0	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tymczasem, jak wynika z przeprowadzonych badań, 7,9% pacjentów biorących udział w badaniu ocenia umiejętności lekarzy w tym zakresie jako złe lub bardzo złe. Jak wskazują doniesienia z literatury, pacjenci często uskarżają się, że nie znają sensu słów używanych przez lekarzy, dlatego też nie rozumieją treści przekazywanych im informacji, krępując się jednocześnie zadawać dodatkowe pytania [Beckman, Frankel 1984].

Oceny dla personelu lekarskiego odnotowano także w zakresie dbałości o zapewnienie intymności podczas wykonywania badań i zabiegów. Opinie bardzo dobre i dobre wyraziło 60,8% hospitalizowanych, raczej dobre – 28,4%, a złe i bardzo złe – 10,8% osób uczestniczących w badaniu.

Tabela 4. Ocena dbałości lekarza o zapewnienie intymnych warunków rozmowy

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	29	28,2	28,4	28,4
	dobrze	33	32,0	32,4	60,8
	raczej dobrze	29	28,2	28,4	89,2
	źle	7	6,8	6,9	96,1
	bardzo źle	4	3,9	3,9	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Badani oceniali także dostępność lekarzy. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, 43,1% ocenia dostępność lekarzy dla pacjentów dobrze, 15,7% – bardzo dobrze, a 27,5% – raczej dobrze. Negatywnie oceniło dostępność lekarzy 11,8% pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych.

Tabela 5. Ocena dostępności lekarza

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	16	15,5	15,7	15,7
	dobrze	44	42,7	43,1	58,8
	raczej dobrze	28	27,2	27,5	86,3
	źle	12	11,7	11,8	98,0
	bardzo źle	2	1,9	2,0	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najniższe oceny odnotowano w przypadku ilości czasu poświęcanego pacjentowi. Pojawiające się trudności w nawiązaniu dłuższej rozmowy, ciągły pośpiech lekarzy i fragmentaryczność przekazywanych informacji są wyraźnie zauważane przez pacjentów i osłabiają poczucie ich satysfakcji z kontaktów interpersonalnych z lekarzem. W tym zakresie oceny bardzo dobre uzyskano tylko od 9,7% osób, z kolei oceny złe i bardzo złe – od 20,4% pacjentów uczestniczących w badaniu.

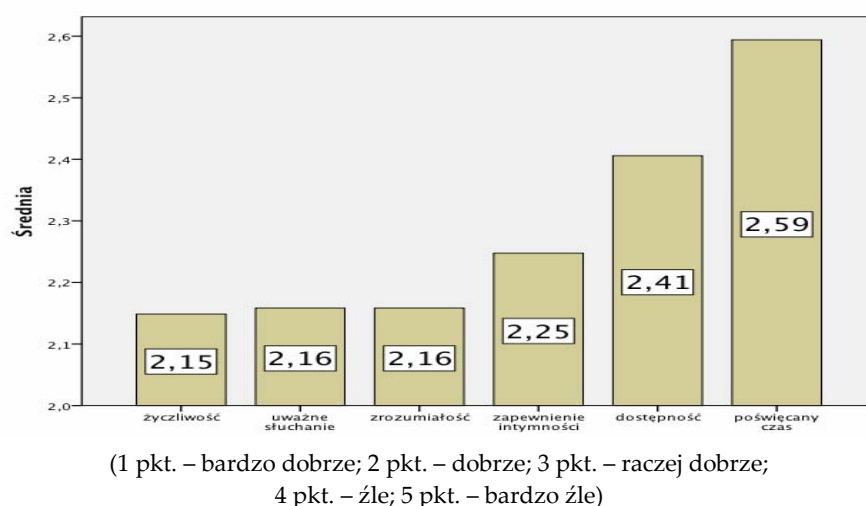
Tabela 6. Ocena ilości czasu poświęcanego pacjentowi

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	bardzo dobrze	10	9,7	9,7	9,7
	dobrze	43	41,7	41,7	51,5
	raczej dobrze	29	28,2	28,2	79,6
	źle	18	17,5	17,5	97,1
	bardzo źle	3	2,9	2,9	100,0
	Ogółem	103	100,0	100,0	

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejne pytanie skierowane do osób biorących udział w badaniu dotyczyło sytuacji zauważania sprzeczności w wypowiedziach lekarzy na temat stanu zdrowia pacjentów bądź sposobów ich leczenia. 77,2% osób stwierdziło, że nigdy nie dostrzegły rozbieżności w wypowiedziach personelu lekarskiego.

Rysunek. 5. Ocena poszczególnych cech i umiejętności personelu lekarskiego

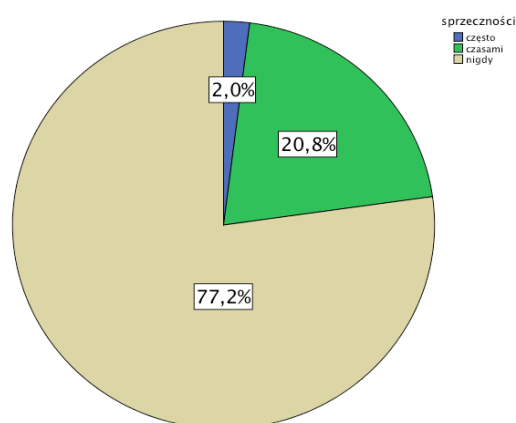


Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych

Z badań wynika jednak, że różnice w diagnozach i zaleceniach lekarskich obserwuje 20,8% pacjentów, a 2% doświadcza tych niespójności często. Podawanie informacji sprzecznych, niepełnych jest poważnym błędem jatrogennym. Pacjenci pragną bowiem wypełnić luki w swojej wiedzy, i czynią to, odwołując się do własnych, często lękotwórczych, wyobrażeń lub pozamedycznych, niewiarygodnych źródeł wiedzy.

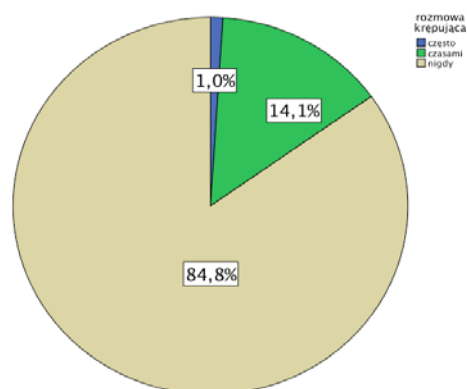
Pacjentów pytano również, czy rozmowy, które przeprowadzał z nimi lekarz były dla nich krępujące (np. z powodu obecności osób trzecich). W wynikach zaobserwowano, że sytuacja taka zdarzała się czasem, co potwierdziło 14,1% pacjentów biorących udział w badaniu.

Rysunek 6. Ocena częstości występowania sprzecznych treści w wypowiedziach personelu lekarskiego



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 7. Występowanie poczucia skrępowania podczas rozmowy z lekarzem



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejnym etapem prowadzonych badań była ocena poziomu informacji uzyskanych podczas pobytu na oddziale szpitalnym. Jak się okazuje, informacji na temat stanu zdrowia nie otrzymało 9,8% pacjentów.

Tabela 7. Uzyskanie informacji dotyczących stanu zdrowia

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	tak	41	39,8	40,2	40,2
	raczej tak	48	46,6	47,1	87,3
	nie	10	9,7	9,8	97,1
	brak potrzeby	3	2,9	2,9	100,0
	Ogółem	102	99,0	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	1	1,0		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Każdy profesjonalista medyczny powinien w pacjencie widzieć partnera, który świadomie uczestniczy w procesie leczenia. Podstawę takiej współpracy stanowi jednak informacja (pełna, rzetelna, dająca nadzieję na pozytywne efekty leczenia). Tymczasem, 13,6% osób uczestniczących w badaniu nie otrzymało informacji dotyczących możliwych sposobów leczenia.

Tabela 8. Uzyskanie informacji dotyczących sposobów leczenia

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	tak	46	44,7	44,7	44,7
	raczej tak	42	40,8	40,8	85,4
	nie	14	13,6	13,6	99,0
	brak potrzeby	1	1,0	1,0	100,0
	Ogółem	103	100,0	100,0	

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Proces leczenia zawsze związany jest z możliwym ryzykiem wystąpienia pewnych powikłań, które mogą pojawić się w wyniku stosowania zaleconych medykamentów bądź zaordynowanego leczenia. Pacjent powinien wiedzieć o tym, że ryzyko takie istnieje. 15,2% pacjentów osób uczestniczących w badaniu nie uzyskało jednakże takich informacji od lekarza prowadzącego.

Tabela 9. Uzyskanie informacji na temat ryzyka związanego z zabiegiem/operacją

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	tak	48	46,6	48,5	48,5
	raczej tak	35	34,0	35,4	83,8
	nie	15	14,6	15,2	99,0
	brak potrzeby	1	1,0	1,0	100,0
	Ogółem	99	96,1	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	4	3,9		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Zdecydowanie niższe oceny odnotowano w pytaniu dotyczącym uzyskania informacji na temat skutków ubocznych zażywanych leków. Otóż, jak się okazuje, informacji tego rodzaju nie otrzymało 30,3% pacjentów.

Tabela 10. Uzyskanie informacji na temat skutków ubocznych stosowanych leków

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	tak	23	22,3	23,2	23,2
	raczej tak	36	35,0	36,4	59,6
	nie	30	29,1	30,3	89,9
	brak potrzeby	10	9,7	10,1	100,0
	Ogółem	99	96,1	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	4	3,9		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Ponad 17% osób uczestniczących w badaniu nie uzyskało z kolei informacji na temat przebiegu operacji lub zabiegu. Lekceważenie tak istotnej kwestii jest zjawiskiem wysoce szkodliwym dla pacjenta, wpły-

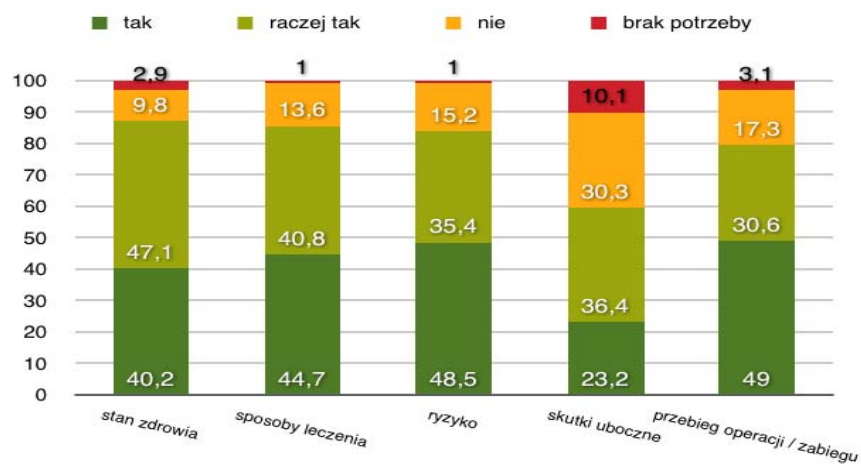
wa bowiem na zwiększenie poziomu jego lęku, co oddziałuje z kolei negatywnie na funkcjonowanie różnych narządów i układów.

Tabela 11. Uzyskanie informacji o przebiegu operacji/zabiegu

Wyszczególnienie		Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Ważne	tak	48	46,6	49,0	49,0
	raczej tak	30	29,1	30,6	79,6
	nie	17	16,5	17,3	96,9
	brak potrzeby	3	2,9	3,1	100,0
	Ogółem	98	95,1	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	5	4,9		
Ogółem		103	100,0		

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 8. Ocena poziomu informacji uzyskanych na oddziale szpitalnym



Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Pacjentom w czasie hospitalizacji potrzebne jest wsparcie pochodzące z różnych źródeł. Rodzina, przyjaciele udzielają wsparcia nieformalnego, zwykle natury emocjonalnej, jednak wsparcie pochodzące ze strony personelu medycznego ma istotnie większe znaczenie. Pacjentów biorących udział w badaniu pytano o to, czy odczuwali potrzebę rozmowy z personelem medycznym na związane ze stanem zdrowia niepokojące ich tematy. Analiza uzyskanych wyników pozwoliła stwierdzić, że 65% osób uczestniczących w badaniu poszukiwało wsparcia u lekarzy. Nieco mniejszy odsetek, bo 46% stanowiły osoby wykazujące chęć rozmowy z personelem pielęgniarskim. Kolejno szukano wsparcia u księdza (17,5%), innej osoby z grona personelu (12,7%) oraz psychologa (11,1%).

Na ogólną ocenę szpitali, w których przebywali hospitalizowani składa się wiele aspektów oraz mierników ich satysfakcji. Pomimo zauważanych niedoskonałości w funkcjonowaniu szpitali, ich oddziałów, niezbyt satysfakcjonującego poziomu przekazywanych informacji, ogólna ocena jest pozytywna. Wśród osób biorących udział w badaniu 21,6% oceniło szpital, w którym przebywali bardzo dobrze, 47% – dobrze, a 25,5% – źle oraz 5,9% – bardzo źle.

Wśród osób uczestniczących w badaniu 24,8% pacjentów zdecydowanie poleciłoby dany szpital swojej rodzinie i znajomym. Opinię „tak” wyraziło 39,6% pacjentów, a „raczej tak” – 26,7%, co skłania do wniosku, że pacjenci dobrze oceniają te placówki.

Ostatnie pytanie miało na celu uzyskanie informacji na temat tego, czy pacjent leczył się wcześniej w wybranej placówce. W grupie osób uczestniczących w badaniu, 8,1% pacjentów podejmowało już wcześniej leczenie w danym szpitalu (na tym samym oddziale); 20,2% również leczyło się wcześniej, lecz na innym oddziale, a najliczniejsza grupa – 71,7% po raz pierwszy przebywała w danym szpitalu.

4. Wnioski

1. Istnieje zależność pomiędzy oceną opieki medycznej (lekarskiej) a poziomem satysfakcji pacjenta hospitalizowanego.
2. Poziom informacji, które otrzymali pacjenci przy przyjęciu do szpitala oraz podczas hospitalizacji jest niezadowolający.

3. Największe deficyty informacji stwierdzono w zakresie informowania pacjentów o przysługujących im prawach.
4. Placówki medyczne powinny regularnie prowadzić badania opinii swoich pacjentów na temat opieki lekarskiej oraz innych elementów regulujących funkcjonowanie placówki w celu usprawniania swej działalności, a w efekcie – podnoszenia jakości usług i poziomu satysfakcji odbiorców usług.
5. Szpital zainteresowany podnoszeniem jakości usług powinien organizować szkolenia z zakresu rozwijania i doskonalenia umiejętności psychospołecznych personelu lekarskiego.
6. Wysoki poziom kompetencji psychospołecznych, szczególnie w zakresie komunikacji, wpływa pozytywnie na jakość relacji pacjent-lekarz oraz przebieg procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a w efekcie buduje pozytywny wizerunek placówki medycznej w środowisku.

Literatura

- Beckman H., Frankel R. (1984), *The effect of physician behaviour on the collection of data*, „Annals of Internal Medicine”, pp. 692–696.
- Brody R. (1980), *The patient's role in clinical decision-making*, „Annals of Internal Medicine”, 93, pp. 718–722.
- Gordon T (1999), *Pacjent jako partner*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Chłodnicki M. (2004), *Usługi profesjonalne. Przez jakość do lojalności klientów*, AE, Poznań.
- Lawthers A.G. (1999), *Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom 1, 1999, nr 3, s. 17–23.
- Mazurek-Łopacińska K. (2002), *Satysfakcja klienta – podstawy pomiaru i wykorzystanie w polityce przedsiębiorstwa*, [w:] L. Żabiński, K. Śliwińska, (red.), *Marketing, koncepcje, badania*, PWE, Warszawa.

Marcin Kęsy*

Uniwersytet Jagielloński

Stereotypy funkcjonujące w szpitalach

The stereotypes working on the hospitals

Abstract: The author, in the publication, wanted to show existence of the stereotypes of professional type among workers in environment of the hospitals. These partitions, in the large measure, result from labeling workers from regard on membership to the groups of the medical workers and the auxiliary workers. The analysis one leant on the analyses of the literature and the original researches passed in 3 of a province hospitals. Publication has to show the results of existence of stereotypes and description the universal process of communication oneself among workers in environment burdened with disturbances and with the errors resulting from working of the stereotypes in space of the hospital.

1. Wprowadzenie

Co to jest stereotyp? Samo słowo pochodzi od terminu oznaczającego kopię pierwotnej drukarskiej do druku wypukłego. Dziennikarz W. Lippman (1922) użył tego terminu kiedy opisywał ludzką skłonność do tego, by postrzegać innych ludzi, albo przedmioty, jako podobne do siebie. U podstawy tego podobieństwa jest występowanie u ludzi i przedmiotów wspólnych cech [Zakrzewska 2010].

* Zespół Badawczy „AVICENNA” w Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Pojęcie stereotypu jest zjawiskiem ułatwiającym opis, postrzeganie naszego otoczenia. Każdy z nas na poziomie kontaktów interpersonalnych postrzega drugą osobę na podstawie własnego, subiektywnego postrzegania świata wynikającego z obserwacji i indywidualnych doświadczeń.

Często w odbiorze otoczenia posługujemy się stereotypami, na przykład: osoba mająca dobry wzrok widząc kogoś kto nosi okulary często myśli – „aha, kujon” ewentualnie „okularnik”. Z kolei gdy należymy do grupy „noszących okulary” to pomyślimy – „inteligentna osoba”. Stąd wniosek przypisując komuś określoną cechę, identyfikując się z tą osobą, jego cechy postrzegać będziemy pozytywnie. Gdy zachodzi odwrotna sytuacja, czyli nie „przyjmiemy osoby do grupy” to będziemy jego cechy postrzegać negatywnie i tak opisywać.

Można wyróżnić różne rodzaje stereotypów ze względu na wybraną wyróżniającą cechę. Stereotypy mogą dotyczyć wszystkich obszarów funkcjonowania człowieka. Wyróżniamy stereotypy płci, stereotypy narodowościowe, stereotypy regionalne, stereotypy etniczne i kulturowe, stereotypy zawodowe, stereotypy wyznaniowe, stereotypy orientacji seksualnych, stereotypy subkultur młodzieżowych, stereotypy rasowe, stereotypy ekonomiczne, stereotypy wiekowe, stereotypy atrakcyjności fizycznej, stereotypy zwierzęce.

W organizacjach ze względu na podział pracowników ze względu na przynależność do grupy zawodowej możemy wyróżnić stereotypy zawodowe. I właśnie taka odmiana stereotypu występuje w szpitalach.

2. Powstawanie stereotypów

Stereotypy stają się najbardziej widoczne wówczas, gdy są negatywne, nadmiernie uogólnione lub fałszywe. W takich przypadkach wpływają destruktywnie na interakcje, wręcz ją uniemożliwiają. Stereotypy mogą mieć szkodliwy wpływ, ponieważ kształtują nasze oczekiwania co do zachowania innych ludzi. Jeśli te oczekiwania są negatywne, zaczynamy spodziewać się niepożądanych zachowań ze strony członków obcej grupy. Jeśli do tego są nadmiernie uogólnione, przewidujemy, że większość „obcych” zachowa się tak samo [Stephan, Stephan 2007, s. 16].

Stereotypy są zjawiskiem, które dla łatwości kojarzenia są kategoryzowane. Możemy postrzegać je dwukierunkowo, czyli góra-dół, jak i dół-góra. Co to znaczy? Postrzegając osoby stanowiące jakąś grupę koncentrujemy się na tych cechach, które są wspólne dla nich i wyróżniają tę grupę spośród innych. Może zaistnieć również sytuacja, w której grupie przypisujemy cechy je charakteryzujące i na zasadzie kalki przypisujemy przedstawicielowi tej grupy.

Istotnym problemem jest, że każdy z nas łatwo „przykleja” stereotyp innej osobie, z kolei trudniej jest się pozbyć takiej, nazwijmy opisu zewnętrznego.

Ludzie często dokonują spontanicznej kategoryzacji na podstawie łatwo dostrzegalnych cech fizycznych [Stangor, Lynch, Duan, Glass 1992, s. 207–218], rasowych, czyli tych dostrzegalnych w pierwszym kontakcie bądź też, a może nawet częściej cech osobowościowych, narodowych.

Rysunek 1. Krańcowy błąd atrybucji

	Grupa własna	Grupa obca
Pozytywne wyniki	Atrybucja wewnętrzna (np. duże zdolności)	Atrybucja zewnętrzna (np. szczęśliwy traf)
Negatywne wyniki	Atrybucja zewnętrzna (np. pech)	Atrybucja wewnętrzna (np. duże brak uzdolnień)

Źródło: [Stephan, Stephan 2007, s. 24].

Kształtowanie stereotypów polegające na postrzeganiu grup poprzez cechę charakterystyczną dla obu grup. W przypadku własnej grupy cecha odbierana będzie pozytywnie, w przypadku grupy obcej postrzeganie będzie miało charakter negatywny.

Takie działanie nazywamy etykietowaniem [Stephan, Stephan 2007, s. 22]. Odnosząc przykład do stereotypu zawodowego związanego z przynależnością do grup zawodowych ze względu na wykonywane

obowiązki bądź udział ze względu na pełnioną funkcję. W przypadku oceny pracowników z naszej grupy zawodowej, ich dokonania oraz cechy, będziemy zwracali uwagę na ich dobre strony, będziemy ich postrzegać pozytywnie. Z kolei w przedstawicielach z innej grupy zawodowej będziemy zauważać ich gorszą, negatywną stronę. Po prostu tę samą cechę będziemy przypisywali różne oznaczenia, raz lepsze, innym razem gorsze.

Tendencyjne etykietowanie nie dotyczy tylko relacji intergrupowych, lecz również ma miejsce w sytuacji interakcji z poszczególnymi członkami obcej grupy.

Bardzo ważnym elementem w budowie stereotypów jest ich struktura, na którą składają się tzw. węzły [Rumerlhart, Hinton, McClelland 1986, s. 45–76] kilku rodzajów. Po pierwsze cechy definiujące, określające skład grupy. Po drugie cechy charakterystyczne, przypisane dla danej grupy oraz egzemplarze potwierdzające bądź przeczące stereotypowi. Przetwarzanie informacji w sieci stereotypowej z reguły rozpoczyna się od aktywizacji węzła dla cechy definiującej. Pobudzenie rozszerza się automatycznie na węzeł grupowy i dana osoba zostaje zidentyfikowana jako członek określonej grupy. Na przykład osoba przebywająca w kawiarni i ubrana w białą koszulę oraz czarne spodnie może omyłkowo być kojarzona jako kelner. Często byłem świadkiem sytuacji, w której klient robiący zakupy w Castoramie ubrany w żółtą koszulkę był postrzegany jako pracownik sklepu.

Szczególnie interesujące są emocje związane z etykietką grupy. Jeśli uczucia te są w przeważającej mierze negatywne i prowadzą do nieprzychylniej oceny grupy, można powiedzieć, że dana osoba jest w stosunku do tej grupy uprzedzona.

Powołując się na obce wyniki badań [Stephan, Stephan 2007, s. 30] sądzić można, że w trakcie interakcji intergrupowych cechy emocjonalnie odpowiadające opinii na temat grupy są automatycznie pobudzane i dostępne do wykorzystania przy kształtowaniu oczekiwań, postaw, zachowań i kolejnych osądów.

Na tej podstawie możemy stwierdzić, że osoba w złym humorze, z negatywnym nastawieniem zwróci uwagę na negatywne zachowania drugiej strony i bardziej je zakoduje. W wyniku tego tworzy się i pod-

trzymywany jest negatywny stereotyp, który później może być powtarzany i utrwalany. Z kolei nastawienia pozytywnego, bycia w dobrym humorze zachodzi przeciwstawna sytuacja.

3. Wyniki badań przeprowadzonych w szpitalach

Kontynuacją rozważań teoretycznych są badania w szpitalach, których cel polega na zdiagnozowaniu oraz określeniu charakteru relacji międzyludzkich między grupami zawodowymi. W wyniku czego powstają błędy w komunikacji a w konsekwencji mają wpływ na prawidłowe funkcjonowanie organizacji oraz efektywność i jakość usług medycznych.

Badaniem w każdej jednostce objętych zostało po 20% przedstawicieli z każdej grupy zawodowej (autor założył następujący podział lekarze, pielęgniarki i położne, pracownicy administracyjni, pracownicy techniczni)). Ze względu na przyjęte założenie oraz charakter badań oraz danych do zbudowania próby reprezentatywnej użyto metody warstwowo-losowej. W każdej z grup zawodowych przebadano co piątego pracownika (interwał = 5) zgodnie z listą zatrudnionych pracowników bez uwzględnienia podziału na oddziały.

Badanie główne poprzedzone zostało przeprowadzeniem badania pilotażowego. Działanie to miało na celu sprawdzenie poprawności, czytelności oraz potwierdzenia możliwości uzyskania wyniku w badaniu głównym. Również pozwoliło ono na dokonanie korekt i uwzględnienie nowych płaszczyzn analizy badawczej.

Badanie empiryczne przeprowadzone zostało w okresie 3 miesięcy, od września do listopada 2011 roku w trzech dużych szpitalach¹ zatrudniających co najmniej 1000 pracowników. Ze względów na ochronę danych osobowych badacz zobowiązał się do nie ujawniania danych przebadanych jednostek. Głównym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, w skład którego wchodziło 10 pytań oraz tak zwana metryczka badanego. Dodatkowo posłużono się wywiadem niesformalizo-

¹ Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku oraz Rozporządzenie Komisji (WE) nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 roku.

wanym przeprowadzanym z przypadkowo wybranymi pracownikami oraz obserwacją w miejscu badania.

W sumie w badaniu udział wzięło 654 pracowników, z czego wypełniło i zwróciło ankiety 260 pracowników, czyli 39,8% respondentów.

Na podstawie obserwacji oraz informacji od ankierów wynik ten może wynikać z: braku zaufania do kierownictwa szpitala, braku czasu, niechęci do uczestnictwa w badaniu, bądź też niezadowolenia z sytuacji finansowej szpitala i własnej, a może przypisanie ankiera do innej grupy zawodowej, interesu i nie obdarzenie go zaufaniem, zignorowanie. Po prostu posłużenie się przez potencjalnych respondentów stereotypem zawodowym.

Przebadane osoby opisano na podstawie 5 kryteriów (przynależności do grupy zawodowej, wieku, płci, stażu pracy ogółem i w obecnym miejscu pracy).

W przypadku podziału badanych według kryterium grupy zawodowej przebadano 33 lekarzy, 136 pielęgniarek, 43 przedstawicieli pracowników administracyjnych, 20 pracowników technicznych oraz 28 pracowników paramedycznych (głównie laborantów).

Pod względem wieku podział respondentów wygląda następująco: 28 osób do 30 roku życia, w przedziale między 30 a 40 rokiem życia mieści się 72 badanych. Wiek między 40 a 50 rokiem życia identyfikuje się 87 osób. Powyżej 50 roku życia jest 73 przebadanych pracowników szpitali.

Większość przebadanych pracowników jest płci żeńskiej, jest to grupa 207 kobiet, i tylko 53 mężczyzn.

Ogólny staż pracy pracowników szpitali przedstawia się następująco: 32 pracowników do 5 lat doświadczenia zawodowego, 29 pracowników do 10 lat doświadczenia, w przedziale 10 do 15 lat mieszczą się 28 osoby, 88 identyfikuje się stażem wyższym, czyli w przedziale od 15 do 25 lat, aż 83 przebadanych pracowników ma staż niemniejszy niż 25 lat.

Zestawiając powyższe dane z wynikami dotyczącymi stażu w obecnym miejscu pracy. Można stwierdzić, że aż 166 pracowników posiada co najmniej 15 letni staż w obecnym miejscu zatrudnienia. Wskazuje to, że 63,9% przebadanych z dużym prawdopodobieństwem od samego początku pracy zawodowej pracuje w tym samym szpitalu. Pozytywnym trendem jest co prawda bardzo wolne, ale systematyczne odmła-

dzanie kadry szpitalnej, jednakże przy bardziej wnikliwej analizie zauważa się, że są to głównie pracownicy administracyjni oraz laboranci, z rzadka przedstawiciele grupy lekarskiej oraz pielęgniarzkiej.

W tabeli 1 przedstawiono wyniki dotyczące postrzegania otoczenia wewnętrznego przez pracowników szpitali. We wszystkich szpitalach większość odpowiedzi potwierdziła założenie badacza co do istnienia zjawiska podziału pracowników na grupy. W szpitalach są to zwyczajowo grupy pracowników medycznych i pomocniczych.

Tabela 1. Istnienie zjawiska podziału pracowników medycznych i innych w szpitalach

Jednostka	Tak	(%)	Nie	(%)	Nie wiem	(%)	Brak odpowiedzi
Szpital A	72	75,8	11	11,6	12	12,6	125
Szpital B	62	77,5	8	10,0	10	12,5	130
Szpital C	66	77,7	8	9,4	11	12,9	139
Razem	200	76,9	27	10,4	33	12,7	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Występowanie podziałów niesie za sobą określone skutki. Jednym z nich jest zjawisko tzw. „kompleksem niższości”. Spośród przebadanych osób 82,3% z nich dostrzega istnienie zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy istnieniem podziałów na grupy pracownicze a kompleksem niższości.

Tabela 2. Podziały na grupy pracownicze są przyczyną kompleksów niższości

Jednostka	Tak	(%)	Nie	(%)	Nie wiem	(%)	Brak odpowiedzi
Szpital A	74	77,9	10	10,5	11	11,6	125
Szpital B	65	81,3	6	7,5	9	11,2	130
Szpital C	75	88,2	4	4,7	6	7,1	139
Razem	214	82,3	20	7,7	26	10,0	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Kolejnym analizowanym skutkiem funkcjonującym w świadomości pracowników jest zjawisko „manii wyższości”. I w tym przypadku 83,9% respondentów potwierdziło tę tezę. Według badanych jest czymś oczywistym istnienie powiązania pomiędzy stereotypami istniejącymi między grupami a negatywnym odbiorem jednej grupy przez drugą. Co ciekawe, ale zgodne z teorią, przedstawiciele grupy medycznej rzadziej dostrzegają tę zależność, w dużej większości potwierdzają pozostali pracownicy.

Tabela 3. Podziały na grupy pracownicze powodują zjawisko „manii wyższości”

Jednostka	Tak	(%)	Nie	(%)	Nie wiem	(%)	Brak odpowiedzi
Szpital A	78	82,1	7	7,4	10	10,5	125
Szpital B	66	82,5	6	7,5	8	10,0	130
Szpital C	74	87,1	4	4,7	7	8,2	139
Razem	218	83,9	17	6,5	25	9,6	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Aspekt postrzegania grupy lekarzy przez pryzmat podwyżki wynagrodzeń pokazuje nastawienie innych grup zawodowych. Co jest ważne najgorsze wyniki dotyczą grup okołomedycznych, czyli pracowników, którzy mają najczęstszy kontakt z lekarzami. Pracownicy administracyjni i techniczni w mniejszym stopniu zmienili postrzeganie lekarzy ze względu na podwyżkę wynagrodzenia.

Tabela 4. Negatywne postrzeganie lekarzy przez inne grupy zawodowe w kontekście podwyżek wynagrodzeń

Jednostka	Pielęgniarki			Pracownicy administracyjni			Pracownicy techniczni			Laboranci			Brak odpowiedzi
	wsk.	całk.	(%)	wsk.	całk.	(%)	wsk.	całk.	(%)	wsk.	całk.	(%)	
Szpital A	45	49	91,8	14	18	77,8	6	8	75,0	8	8	100,0	125
Szpital B	41	42	97,6	8	11	72,7	3	6	50,0	10	11	90,9	130
Szpital C	43	45	95,6	11	14	78,6	3	6	50,0	8	9	88,9	139
Razem	129	136	94,9	33	43	76,7	12	20	60,0	26	28	92,9	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Powyższe wyniki badawcze pokazują, że pracownicy dostrzegają istnienie podziałów na grupy zawodowe. Jednocześnie zauważają istnienie zjawiska manii wyższości oraz kompleksów niższości jako skutków funkcjonowania podziałów. Mają one istotny wpływ na jakość relacji interpersonalnych między przedstawicielami różnych grup zawodowych.

Tabela 5. Wpływ jakości relacji między pracownikami na częstotliwość i czas kontaktów zawodowych między przedstawicielami różnych grup zawodowych

Jednostka	Tak	(%)	Nie	(%)	Nie wiem	(%)	Brak odpowiedzi
Szpital A	76	80,0	11	11,6	8	8,4	125
Szpital B	65	81,3	8	10,0	7	8,7	130
Szpital C	72	84,7	6	7,1	7	8,2	139
Razem	213	81,9	25	9,6	22	8,5	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Analizując kontakty intergrupowe w szpitalach zauważyć można, że respondenci nisko oceniają poziom komunikacji pomiędzy przedstawicielami grup zawodowych. Na podstawie obserwacji można stwierdzić, że pracownicy z dużą częstotliwością kontaktują się wewnątrz grupy, unikając, ewentualnie ograniczając kontakty intergrupowe.

Tabela 6. Jakość komunikacji intergrupowych w szpitalu

Jednostka	B. złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	B. dobre	(%)	Brak odpowiedzi
Szpital A	19	20,0	33	34,8	25	26,3	14	14,7	4	4,2	125
Szpital B	17	21,3	29	36,3	23	28,7	9	11,2	2	2,5	130
Szpital C	19	22,4	31	36,4	23	27,1	10	11,8	2	2,3	139
Razem	55	21,1	86	33,1	71	27,3	33	12,7	15	5,8	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

Skutkiem negatywnych relacji zachodzących w szpitalu jest przede wszystkim jakość świadczonych usług medycznych. Po prostu niepra-

widłowa, niepełna komunikacja między pracownikami prowadzi do błędów w procesie komunikacji oraz świadczenia usług. To z kolei ma bezpośredni wpływ na jakość funkcjonowania szpitala. Z tą tezą zgodziło się w sumie 61,6% przebadanych osób.

Tabela 7. Wpływ relacji intergrupowych na jakość funkcjonowania szpitala

Jednostka	Żadne	(%)	W małym stopniu	(%)	Neutralnie	(%)	W dużym stopniu	(%)	Pełne	(%)	Brak od- powiedzi
Szpital A	5	5,3	10	10,5	20	21,0	44	46,4	16	16,8	125
Szpital B	3	3,7	7	8,8	22	27,5	36	45,0	12	15,0	130
Szpital C	3	3,6	7	8,2	23	27,1	40	47,1	12	14,1	139
Razem	11	4,2	24	9,2	65	25,0	120	46,2	40	15,4	394

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych.

4. Stereotypy w relacjach intergrupowych i interpersonalnych

Najgorszą sytuacją w relacjach intergrupowych jest ukształtowanie się negatywnego stereotypu, który stanowi potężną siłę pozwalającą utrzymać i wzmacniać stereotypy w relacjach i postrzeganiu międzygrupowym.

Zakłada się, że jakakolwiek rywalizacja zwiększa wrogość, czy to dotyczy relacji indywidualnych, czy też intergrupowych. Przykładem może być sytuacja w szpitalu, w którym cały personel nie jest zadowolony z wynagrodzenia, lecz tylko w przypadku grupy lekarskiej poprawiła się sytuacja płacowa. Rywalizacja między grupami o ograniczone i cenne zasoby pociąga za sobą nasilenie wzajemnych uprzedzeń. Współzawodniczenie o dobra wywołuje wrogość między grupami, a w skrajnych wypadkach kończy się konfliktem, otwartą wojną.

Nie ulega wątpliwości, że wiele rozmaitych grup bezpośrednio konkuruje o dobra społeczne i materialne [LeVine, Campbell 1972]. Grupa większościowa definiuje powszechne nierówności w rozdziale dóbr, jako słuszne i sprawiedliwe, angażując się w dyskryminujące zachowania, aby ochronić swoją uprzywilejowaną pozycję.

Udowodniono, że wzmożonej rywalizacji towarzyszy ustanawianie praw chroniących przywileje elit [Olzak 1992].

Wyróżniamy cztery czynniki wpływające na poziom interakcji interpersonalnej oraz intergrupowej. Oto one: interakcja oparta na współpracy, równy status uczestników interakcji, kontakt zindywidualizowany oraz oficjalne poparcie dla kontaktu [Stephan, Stephan 2007, s. 77].

Gdyby były spełnione powyższe warunki w kontekście kontaktów przedstawicieli różnych grup w pracy, w szkole, w miejscach wypoczynku czy w jakimkolwiek innym środowisku, zaowocowałoby to poprawą relacji intergrupowych. Z kolei M. Hewstone oraz R. Brown stwierdzili, że potraktowanie członka obcej grupy jako jednostki, a nie jako przedstawiciela grupy może nie płynąć na postrzeganie całej populacji, lecz tylko na pogląd indywidualny. Bardzo ważny w tym wszystkim jest kontekst sytuacyjny bądź otoczenia. Czynniki zwiększające wyrazistość podziału na grupę własną i obcą oraz sprzyjają identyfikowaniu się z grupą własną, pobudzają tzw. „ja” grupowe.

Istnieje również odwrotność do opisanej zależności między poziomem indywidualnym a grupowym. Każdy z nas koncentruje się na jednym z nich, jednocześnie uwaga innym dobrem się zmniejsza. Człowiek spostrzega innych jako podobnych, jeśli łączy go z nimi ta sama etykieta grupowa, a uważa ich za niepodobnych, jeśli noszą inną etykietę.

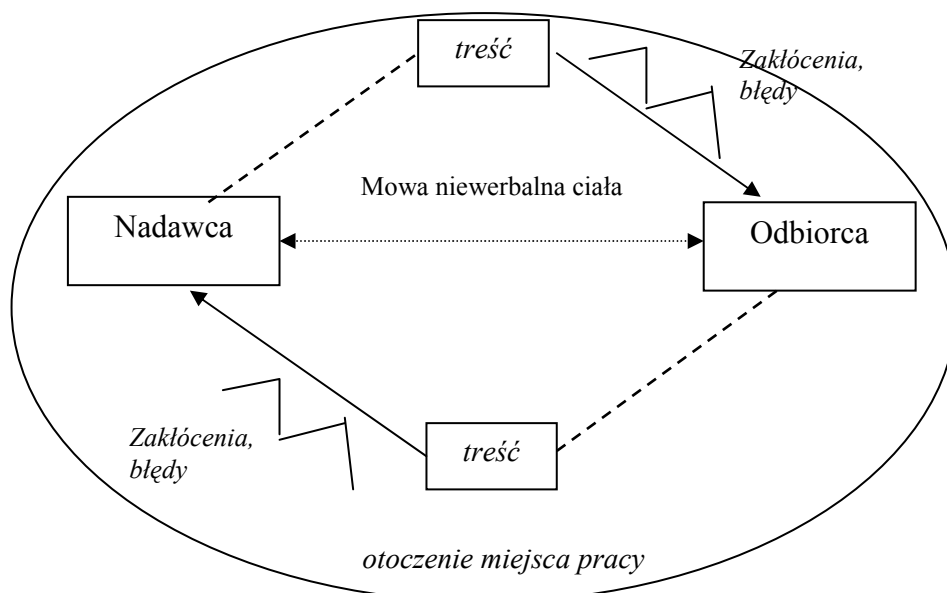
Za utrzymanie grupowych stereotypów odpowiedzialnych jest wiele różnych mechanizmów, a między innymi zasada najmniejszego wysiłku. Polega ona na tym, że człowiek skłonny jest uparcie wierzyć w swoje pierwsze, proste uogólnienie tak długo, jak to tylko możliwe, udowodnione to zostało w badaniach G. Allport [Stephan, Stephan 2007, s. 77].

5. Funkcjonowanie procesu komunikacji w szpitalach obarczonych stereotypami

Analizując proces od strony *Nadawcy* formułuje on treść komunikatu, który następnie koduje i za pomocą kanału informacyjnego przekazuje *Odbiorcy*. W przypadku gdy odbiorca nie ma problemu ze zdekodowaniem treści, informacja jest w 100% zrozumiała.

Jednakże w procesie komunikacyjnym mogą zaistnieć błędy oraz zakłócenia, które mogą mieć charakter zewnętrzny oraz wewnętrzny. Błędy i zakłócenia o charakterze zewnętrznym związane są z hałasem, odległością między rozmówcami oraz z postrzeganiem drugiej strony na podstawie zakorzenionych stereotypów. Z kolei błędy i zakłócenia o charakterze wewnętrznym polegają na błędach w wymowie (seplenienie), błędach fonetycznych oraz posługiwaniu się językiem niezrozumiałym dla adversarza.

Rysunek 2. Uproszczony proces komunikacji interpersonalnej



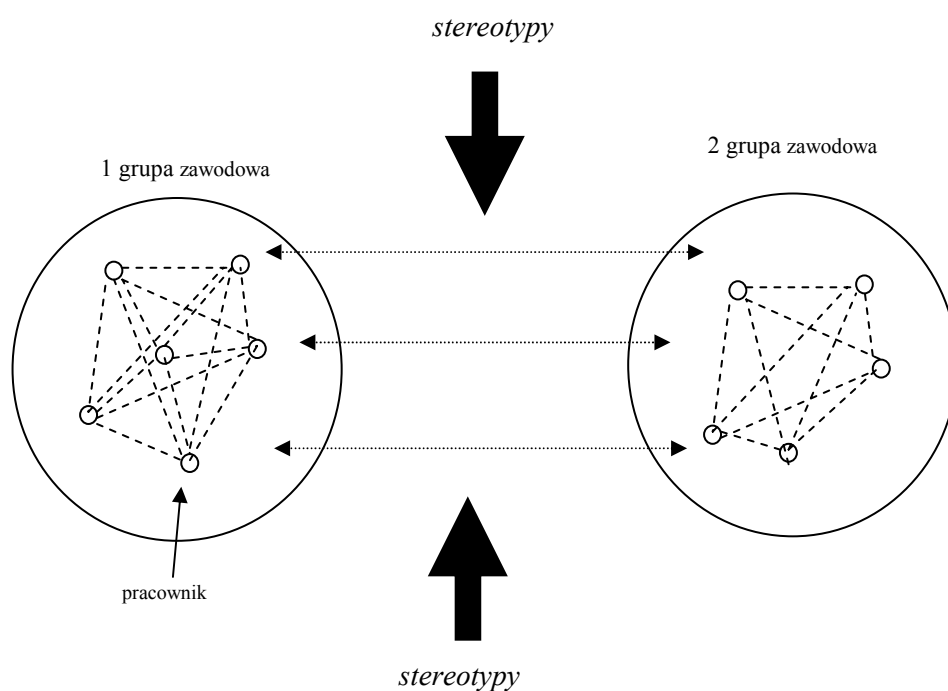
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Stankiewicz 1999, s. 44–48].

Stereotypy w szpitalach następczą największych problemów w funkcjonowaniu oraz realizowaniu zadań przez każdego z pracowników. Nie istnieje taka możliwość aby to jeden pracownik zrealizował albo bardziej opisowo przeprowadził zadanie z zakresu usługi medycznej od początku do końca. Na przykład to recepcjonistka przyjmuje pacjenta, który następnie ma kontakt z pielęgniarką, później z lekarzem, usługa medyczna jest opisywana i wprowadzana do systemu, a później

z tej informacji korzystają inne osoby, zarówno z samego szpitala, jak i w ramach kontroli z otoczenia zewnętrznego. Postrzegając ten proces na płaszczyźnie pacjenta można go ocenić jako prawidłowy jednakże warunki oraz uprzedzenia do osób powodować może, że powstają bariery komunikacyjne i tak zwane niedrożności w realizacji procesu powodują, że usługa medyczna nie jest zoptymalizowana.

W szpitalach największy wpływ na błędy i szумы informacyjne mają stereotypy. Największe zagrożenie stanowią stereotypy uwzględniające kryterium grup zawodowych, mniej intensywnie, a właściwie mniejszy wpływ na działanie szpitali mają stereotypy budowane na podziałach wieku, płci, wykształcenia.

Rysunek 3. Opis relacji w szpitalach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Kęsy 2011, s. 412].

Każda grupa zawodowa własne cechy postrzega pozytywnie, a gdy ta sama cecha jest przypisana innej grupie zawodowej może świadczyć negatywnie o obcej grupie. I tak, lekarze postrzegają siebie jako grupę wykształconą, która ze względu na specyfikę profesji w sposób ciągły podnosi kwalifikacje. Jednakże cecha ta, która jest również przypisana pielęgniarce, postrzegana jest przez lekarzy negatywnie. Często stwierdzają oni po co kształcą się pielęgniarki, przecież ich podstawowe wykształcenie jest wystarczające na ich stanowiskach pracy oraz do pełnienia obowiązków.

Relacje interpersonalne w szpitalach są zależne od relacji intergrupowych na które oddziałują stereotypy.

Powyższy rysunek przedstawia rzeczywiste relacje w szpitalach, w których grupy porozumiewają się w układach intragrupowych oraz interpersonalnych z uwzględnieniem stereotypów wynikających z postrzegania grupy.

6. Zakończenie

Funkcjonujące w otoczeniu wewnętrznym stereotypy zawodowe mają istotny wpływ na jakość relacji między przedstawicielami grup zawodowych istniejących w przestrzeni szpitala. Należy pamiętać, że w organizacji usługowej a taką jest szpital należy z największą powagą dostrzegać i neutralizować istniejące stereotypy. Są one przyczyną powstawania konfliktów, negatywnego nastawienia, nieprawidłowych zjawisk.

Z całą stanowczością należy przyczyny stereotypów zdiagnozować. Następnie zaplanować i zorganizować działania zmierzające do zneutralizowania istniejących stereotypów, które uniemożliwiają kreowanie prawidłowych relacji intergrupowych.

Bibliografia

- Adler, N. J., Doktor, R., and Redding, S. G. (1986), *From the Atlantic to the Pacific century. Cross-cultural management reviewed*, Journal of Management, 12, pp. 295–318.
- Forgas J. P., Bower G. H. (1986), *Mood effects on person-perception judgments*, Journal of Personality and Social Psychology Nr 53, ss. 53–60.

- Kęsy M. (2011), *Rola procesu komunikacji w zarządzaniu pracownikami szpitala* [w:] Innowacje organizacyjne w szpitalach, J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa, ss. 402–437.
- Malinowska A., *Komunikacja społeczna*, <http://www.edukacja.edux.pl/p-6388-komunikacja-spoeczna.php>, z dnia 07.05.2010.
- Olzak S. (1992), *The dynamics of ethnic competition and conflict*, Stanford University Press, Stanford.
- Rumerlhart D. E., Hinton G. E., McClelland J. L. (1986), *A general framework for parallel distributed processing* [w:] (red.) D. E. Rumerlhart i inni, *Parallel distributed processing*, Wyd. MIT Press, Cambridge, ss. 45–76.
- Stankiewicz J. (1999), *Komunikowanie się w organizacji*, Wyd. Astrum, Wrocław, s. 13.
- Stangor C., Lynch L., Duan L., Glass B. (1992), *Categorization of individuals on the basis of multiple social features*, *Journal of Personality and Social Psychology* Nr 62, ss. 207–218.
- Stephan W. G., Stephan C. W. (2007), *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne Sp. z o. o., Gdańsk.
- Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku oraz Rozporządzenie Komisji (WE) nr 364/2004 z dnia 25 lutego 2004 roku.
- Zakrzewska A. (2010), *Kilka słów o stereotypach*, *Życie Kolorado*, 5944 S Monaco Way, Ste. #200, styczeń 2010.

Agnieszka Krawczyk-Sołtys

Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Ekonomiczny,
Uniwersytet Opolski

Komunikacja interpersonalna w szpitalu w opinii personelu medycznego. Studium przypadku

Interpersonal communication at the hospital in the opinion of the medical staff. Case study

Abstract: All employees of the hospital are shaping his image. The dominating role in creating the image of the organization is falling to the correctly functioning internal interpersonal communication. It has a fundamental influence on the quality of provided medical services, a health of patients and a widely comprehended competitiveness of the hospital. Increasingly because the competitiveness of the organization is dependent on information obtained in the process of the communication. An attempt to discuss the process of the interpersonal communication between the medical staff was a purpose of the article at the hospital of employees with the prospect employed there. Above all identifying was an object of the interest, what form of the communication the medical staff prefers, as he is assessing the access to the information on-the-job, whether processes of the communication are generating conflicts as well as how the atmosphere on-the-job affects to relations and the quality of provided services.

1. Wstęp

Wszyscy pracownicy szpitala kształtują jego wizerunek. Dominująca rola w kreowaniu wizerunku organizacji przypada prawidłowo funkcjonującej wewnętrznej komunikacji interpersonalnej. Ma ona zasadniczy wpływ na jakość świadczonych usług medycznych, zdrowie pacjentów

oraz szeroko pojętą konkurencyjność szpitala. Konkurencyjność organizacji w coraz większym stopniu jest bowiem uzależniona od informacji uzyskiwanej w procesie komunikacji [Stor 2006, s. 287].

Komunikacja wewnątrz organizacji jest często niedoceniana, jako skuteczne narzędzie zarządzania [Rozwadowska 2002, s. 139]. A przecież bez sprawnego porozumiewania się pracowników organizacji, nie jest możliwe jej prawidłowe funkcjonowanie. Komunikowanie się jest procesem porozumiewania się, którego celem jest wymiana myśli, dzielenia się wiedzą i informacjami [Szternberg 2001, s. 66]. Komunikacja wewnętrzna i sprawny przepływ informacji wiąże się też z satysfakcją pracowników [*Profesjonalne...* 2010, s. 155]. Prawidłowa komunikacja wpływa również na wzrost odpowiedzialności i zdolność reagowania na potrzeby innych, co wydaje się szczególnie ważne w organizacji, jaką jest szpital.

Celem artykułu była próba omówienia procesu komunikacji interpersonalnej między personelem medycznym w szpitalu z perspektywy zatrudnionych tam pracowników. Dla realizacji tego celu przeprowadzono badania empiryczne. Przedmiotem zainteresowania było przede wszystkim zidentyfikowanie, jaką formę przekazu informacji preferuje personel medyczny, jak ocenia on dostęp do informacji w miejscu pracy, czy procesy komunikacji generują konflikty oraz jak atmosfera w miejscu pracy wpływa ich zdaniem na relacje i jakość świadczonych usług.

2. Wyniki badań empirycznych w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu

Badania empiryczne przeprowadzono¹ w kwietniu 2011 roku w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu. Jest to największy na Opolszczyźnie szpital, dysponujący ponad 600 miejscami łózkowymi na 16 oddziałach szpitalnych.

Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniach był kwestionariusz ankiety skierowany do personelu medycznego szpitala, zarówno

¹ Badania zostały przeprowadzone przez studentów II roku kierunku Zarządzanie w ramach ćwiczeń z przedmiotu „Komunikacja interpersonalna”.

lekarzy, jak i średniego personelu medycznego. Kwestionariusz składał się z metryczki, dzięki której ustalono strukturę próby badawczej ze względu na: płeć, wiek, staż pracy, wykształcenie i zajmowane stanowisko oraz 25 pytań, służących ocenie procesów komunikacji interpersonalnej w szpitalu. Do analizy odpowiedzi zastosowano pięciostopniową skalę Likerta, umożliwiającą określenie stopnia akceptacji danego stwierdzenia, skalę Stapela (tzw. skalowanie wymuszone), według której respondenci wybierali jedną spośród dwóch możliwości oraz skalę pozycyjną, gdzie badani wskazywali miejsce badanego obiektu wśród uporządkowanych kategorii. W analizie materiału badawczego posłużono się analizami krzyżowymi, jednak w artykule, autorka będzie się do nich odwoływać tylko w przypadku znacząco innej struktury odpowiedzi w poszczególnych grupach.

W badaniu wzięło udział 55 respondentów pracujących na następujących oddziałach tego szpitala: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, laryngologii, urologii, okulistyki, kardiochirurgii i ratownictwa medycznego. Dobór próby badawczej miał charakter losowy.

Analizując strukturę próby badawczej, stwierdzono, iż:

- ponad 70% respondentów stanowiły kobiety;
- lekarze stanowili 31% respondentów, zaś pozostałe osoby, biorące udział w badaniu reprezentowały średni personel medyczny (pielęgniarki – 58% i ratownicy medyczni – 11%);
- na oddziale urologicznym pracowało 18% badanych, okulistycznym – 11%, laryngologicznym – 7%, kardiochirurgicznym – 16%, chorób wewnętrznych – 15%, chirurgii ogólnej – 24%, a na oddziale ratownictwa medycznego 9%;
- ponad połowa badanych (52%) legitymowała się wykształceniem wyższym, 18% wyższym zawodowym, a 29% osób posiadało wykształcenie średnie;
- najwięcej badanych – 36% – pracowało w szpitalu od 2 do 5 lat i dłużej niż 10 lat – kolejne 34% respondentów; po 15%, respondentów pracowało w placówce krócej niż dwa lata oraz między 5 a 10 lat;
- największą grupę stanowiły osoby, które nie ukończyły 30 roku życia (42% próby badawczej), 31% respondentów przekroczyło 40 rok życia, a kolejne 27% badanych było w wieku między 30 a 40 rokiem życia.

Biorąc pod uwagę zróżnicowanie próby badawczej na wstępie zapytano, czy respondenci zauważają różnicę w komunikacji interpersonalnej, w związku z wiekiem, czy też płcią. Większość badanych uważa, iż płeć nie ma znaczenia w komunikowaniu się w pracy. Stwierdziło tak 22% mężczyzn i 58% kobiet oraz po około 25% osób należących do wszystkich przedziałów wiekowych. Należy zauważyć, iż żaden z badanych mężczyzn nie uznał, iż łatwiej porozumiewać się z kobietą. Podobna sytuacja dotyczyła osób będących w wieku 31–40 lat. Taka sytuacja może świadczyć o panującym stereotypie, iż mężczyźni bardziej konkretnie i bezpośrednio formułują komunikaty. Prawie połowa badanych (47%) uznała, iż najlepiej komunikuje się z osobami z przedziału wiekowego 31–40 lat. Dokonując analizy krzyżowej, można stwierdzić, iż najczęściej takich odpowiedzi padało wśród osób z tej samej grupy wiekowej, co wydaje się oczywiste, oraz wśród kobiet. Zapytano następnie, w jak licznych grupach badani najlepiej się porozumiewają odnośnie realizowanych czynności. Ponad połowa osób (58%) najsukuteczniej komunikuje się w grupach 2–3 osobowych, kolejne 36% uważa, iż proces ten przebiega najsukuteczniej, gdy komunikują się tylko z jedną osobą, a zaledwie 6% respondentów wybrało odpowiedź „4–6 osób”.

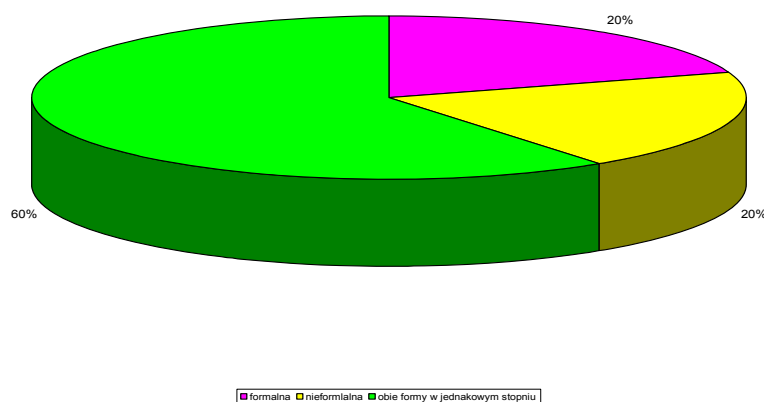
Kolejne pytanie dotyczyło precyzyjności w przekazywaniu zakresu obowiązków. Większość osób (82%) uznała, iż jest on przekazywany w sposób jasny i konkretny, 13% badanych stwierdziła, iż ma wątpliwości, co do precyzji przekazywania zakresu zadań (wśród osób, które udzieliły takich odpowiedzi były głównie pielęgniarki oraz młodzi lekarze), zaś 5% twierdzi, że często nie wie, co tak naprawdę należy do ich obowiązków (takich odpowiedzi udzieliły tylko pielęgniarki). Przyczyną takiej struktury odpowiedzi wydaje się być fakt, iż pielęgniarki nierzadko wykonują czynności, które ich zdaniem należą do lekarzy.

Następnie zapytano, jak respondenci oceniają atmosferę w miejscu pracy. Prawie wszyscy (93%) uznali, iż dobrze czują się w swoim zespole, a pozostali nie mieli zdania w tej kwestii. Największą grupę osób, które nie były przekonane, czy odpowiada im atmosfera w pracy, stanowili lekarze oraz osoby z najdłuższym stażem pracy. W tym pierwszym przypadku przyczyn można upatrywać w konkurencji między lekarzami, co do udziału i roli pełnionej w przeprowadzanych zabiegach czy

liczby dyżurów. W drugim przypadku może być to konsekwencją wypalenia zawodowego.

Kolejne pytania dotyczyły dominujących form przekazu w szpitalu. Zapytano respondentów, czy w ich placówce dominuje komunikacja formalna czy nieformalna. Zdecydowana większość badanych (60%) uznała, iż obie te formy występują w szpitalu w jednakowym stopniu, zaś po 20% respondentów wskazała zarówno formalny, jak i nieformalny sposób komunikowania się jako dominujący. Struktura odpowiedzi była bardzo zbliżona we wszystkich grupach. Zdaniem autorki taka struktura odpowiedzi może świadczyć o indywidualnych preferencjach osobowościowych badanych. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na rysunku 1.

Rysunek 1. Jaka forma komunikacji dominuje w Państwa szpitalu?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Następnie poproszono respondentów o wskazanie najczęściej stosowanej w placówce formy przekazu oraz wybranie najskuteczniejszej ich zdaniem. Ponad 70% badanych uznała za dominującą i jednocześnie najskuteczniejszą rozmowę bezpośrednią. Może to wynikać z faktu, iż w trakcie takiej rozmowy na bieżąco można wyjaśnić, czy informacja

została zrozumiana zgodnie z intencjami nadawcy. Jest to szczególnie ważne ze względu na charakter przekazywanych informacji w szpitalu, gdzie nieprawidłowy przekaz może skutkować konsekwencjami zdrowotnymi pacjentów. Prawie połowa badanych wskazywała też na raporty służbowe, jako często występującą i skuteczną formę przekazu. To również związane jest ze specyfiką pracy – na przykład „zdawanie” dyżuru – i koniecznością prowadzenia dokumentacji medycznej. E-mail jako preferowana forma przekazu była wskazywana jedynie przez osoby z najmłodszych grup wiekowych, natomiast odpowiedź „luźne notatki” zaznaczana była przez badanych sporadycznie. Należy w tym miejscu podkreślić, iż informacje wynikające z notatek czy maili mogą być nieprecyzyjne lub odczytane z opóźnieniem, a specyfika pracy respondentów wymusza uwzględnienie presji czasu. Zapytano też czy informacje przekazywane przy zmianie dyżuru są w opinii badanych wystarczające. Zdecydowana większość osób (89%) stwierdziła, że tak.

Biorąc pod uwagę, iż bezpośrednia rozmowa była najczęściej wskazywaną odpowiedzią w poprzednich pytaniach, istotne wydaje się być to, na co podczas tej rozmowy, respondenci najbardziej zwracają uwagę. Największe znaczenie dla 72% badanych miała oczywiście treść wypowiedzi, jednak ponad 20% osób podkreśliło, iż ważne dla nich jest również to w jaki sposób są im przekazywane komunikaty – styl wypowiedzi oraz towarzysząca komunikacja niewerbalna (gesty, mimika, sposób zachowania). Następnie poproszono o ocenę poziomu zrozumiałości języka przekazywanych informacji. Odpowiedzi na to pytanie nie wskazują na żadne problemy w rozumieniu komunikatów – 71% osób uznało, iż jest zrozumiały, a pozostali określili go jako bardzo zrozumiały. Zapytano również jakie czynności zdaniem respondentów są najskuteczniejszą formą zapamiętywania przekazu. Ponad połowa respondentów (51%) wskazała słuchanie, a zaledwie 11% patrzenie i 18% – doświadczanie. Kolejne 20% osób uznało za taką formę czytanie. Struktura odpowiedzi różniła się w zależności od zajmowanego stanowiska. Lekarze zdecydowanie częściej wskazywali jako najskuteczniejszą formę zapamiętywania przekazu patrzenie i doświadczanie – szczególnie na oddziałach zabiegowych – niż średni personel medyczny.

Kolejno poproszono badanych o ocenę dostępu do potrzebnych informacji w miejscu pracy. Ponad połowa respondentów (58%) oceniła ten dostęp jako dobry, 1/3 jako bardzo dobry, zaś 9% uznała ten dostęp za przeciętny. Struktura odpowiedzi różniła się w zależności od zajmowanego stanowiska. Najlepiej dostępność do informacji ocenili lekarze – prawie połowa z nich określiła go jako bardzo dobry.

Następnie poproszono respondentów o odpowiedź na pytanie, czy utrzymywanie kontaktów nieformalnych między pracownikami różnych oddziałów szpitala ma wpływ na relacje w miejscu pracy. 1/4 badanych odpowiedziała twierdząco na to pytanie, 11% było zdania odmiennego, zaś pozostali nie mieli opinii w tej kwestii. W analizach krzyżowych widać szczególnie dysproporcje w strukturze odpowiedzi w zależności od oddziału, na którym pracowali respondenci. Na oddziałach: laryngologicznym, chorób wewnętrznych oraz kardiochirurgicznym badani jednomyślnie wskazali na wpływ kontaktów prywatnych na relacje w szpitalu, wszyscy pracujący na oddziałach urologicznym i ratownictwa medycznego nie mieli zdania, zaś opinie na oddziale chirurgii ogólnej i okulistycznym były podzielone. Kolejno zapytano czy utrzymywanie kontaktów prywatnych między pracownikami tego samego oddziału wpływa na relacje w miejscu pracy. Struktura odpowiedzi respondentów była prawie taka sama jak w przypadku poprzedniego pytania – 73% odpowiedzi twierdzące, 13% – przeczące; pozostałe 14% nie miało opinii na ten temat. Podobnie, jak w przypadku poprzedniego pytania, wygląda struktura odpowiedzi na poszczególnych oddziałach.

Dalej poproszono badanych o ocenę relacji między pracownikami w ramach oddziału. 2/3 respondentów oceniło te kontakty jako dobre, kolejne 22% dobrze, a pozostałe 11% badanych uznało, że są średnie. W przypadku odpowiedzi na to pytanie również zauważono dysproporcje w zależności od oddziału. Najlepsze relacje są w opinii pracujących na oddziale chirurgii ogólnej² (ponad połowa uznała, że kontakty są bardzo dobre, pozostali, że dobre). Na oddziałach: laryngologicznym, chorób wewnętrznych i kardiochirurgicznym wszyscy udzielili odpowiedzi „dobrze”, a na oddziałach urologicznym i ratownictwa medycznego

² Wszystkie odpowiedzi „bardzo dobrze” padły właśnie wśród osób tam zatrudnionych.

respondenci jednomyślnie określili je jako średnie. Na oddziale okulistycznym zdania były podzielone – 1/3 badanych uznała, że kontakty te są średnie, a pozostali, że dobre. Kolejne pytanie dotyczyło relacji między pracownikami pracującymi na różnych oddziałach szpitala. Struktura odpowiedzi była podobna, z tym że mniej osób określiło ją jako dobrą (56%) i bardzo dobrą (13%) – prawie 1/3 badanych (31%) oceniła ją jako średnią. Różnice w odpowiedziach na poszczególnych oddziałach wyglądają bardzo podobnie, jak w przypadku poprzedniego pytania.

Struktura odpowiedzi na te pytania w powiązaniu z odpowiedziami na pytania dotyczące wpływu kontaktów nieformalnych na relacje między personelem pracującym na tym samym i różnych oddziałach szpitalnych wskazuje, iż komunikacja wewnętrzna w szpitalu nie przebiega równie dobrze we wszystkich jego oddziałach.

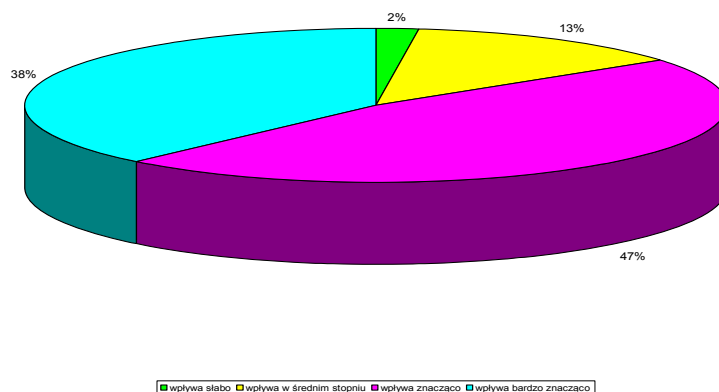
Zapytano respondentów, czy ich zdaniem forma przekazu informacji jest przyczyną powstawania konfliktów interpersonalnych. Zdania badanych na ten temat były podzielone – 31% uznało, że tak, 27% – że nie, a najwięcej osób (42%) nie miało opinii na ten temat. Nieprawidłowa forma przekazu informacji była źródłem konfliktów szczególnie dla kobiet i osób powyżej 40 roku życia. Kolejno zapytano o to, jak często zdarzają się sytuacje, w których forma przekazu informacji jest powodem konfliktów. Ponad połowa badanych (55%) uznała, iż dzieje się tak rzadko, kolejne 14% stwierdziło, że taka sytuacja nigdy nie miała miejsca, kolejne 16% uważa, iż dostatecznie często, 11% – często, a 4%, że bardzo często (wszystkie osoby, które udzieliły takiej odpowiedzi miały mniej niż 30 lat, więc można założyć, iż brak doświadczenia, co do istoty formy przekazu w szpitalu, jest przyczyną sytuacji konfliktowej). Po raz kolejny należy tu podkreślić specyfikę pracy w szpitalu (pod presją czasu) – przyczyną sytuacji konfliktowych może być przekazywanie informacji mało precyzyjnych lub w pośpiechu.

Następnie poproszono badanych o ocenę stosunku przełożonych do podwładnych w ich placówce. Prawie połowa (47%) osób uznała, iż jest on dobry, 26%, iż bardzo dobry, a pozostałe 27% oceniło te relacje na poziomie średnim. Nie zauważono rozbieżności w odpowiedziach na to pytanie w poszczególnych grupach. Zapytano także jakie znaczenie dla badanych ma pochwała przełożonego – 87% osób wskazało na jej moty-

wujący wpływ, pozostali uznali, że nie ma ona znaczenia. Najbardziej motywująca jest pochwała dla osób najmłodszych, które jeszcze niepewnie czują się w miejscu pracy i nie do końca są gotowe na samodzielne wykonywanie pewnych obowiązków – dla nich każde uznanie jest zachęcające do zintensyfikowania swych działań. Zapytano też w jaki sposób przełożony zwiększa poziom przepływu informacji. Prawie wszyscy (96%) wskazali na spotkania grupowe.

Kolejne pytania dotyczyły opinii badanych w kwestii wpływu atmosfery w pracy na relacje między pracownikami oraz jakość świadczonych usług. Prawie połowa respondentów wskazała na znaczący wpływ atmosfery w pracy na relacje między personelem, a kolejne 38% uważa, iż wpływ ten jest bardzo znaczący. Wszystkie odpowiedzi „wpływa słabo” zostały udzielone przez osoby, które nie przekroczyły 30 roku życia. Może wynikać z faktu, iż ich krótki czas pracy w szpitalu powoduje, że osoby te dopiero budują relacje ze współpracownikami. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie zaprezentowano na rysunku 2.

Rysunek 2. Jak atmosfera w pracy wpływa na relacje między personelem?

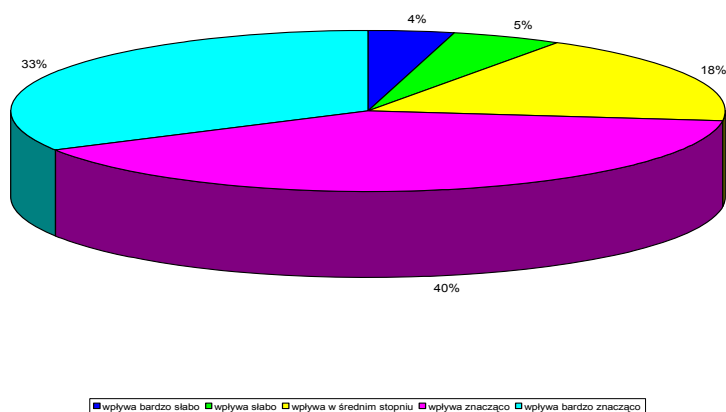


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wpływ atmosfery w pracy na jakość świadczonych usług została oceniona przez badanych bardzo podobnie. Zdecydowana większość

uznała ten wpływ jako „znaczący” – 40% – i „bardzo znaczący” – 33%. Struktura odpowiedzi (zaprezentowana na rysunku 3) nie jest zaskakująca – czynności wykonywane w szpitalu wymagają w większości pracy grupowej, a dobra atmosfera w pracy sprzyja efektywności grupy. Wśród odpowiedzi na to pytanie pojawiła się też „wpływa bardzo słabo” – takie twierdzenia padły wyłącznie wśród pielęgniarek.

Rysunek 3. Jak atmosfera w pracy wpływa na jakość świadczonych usług?

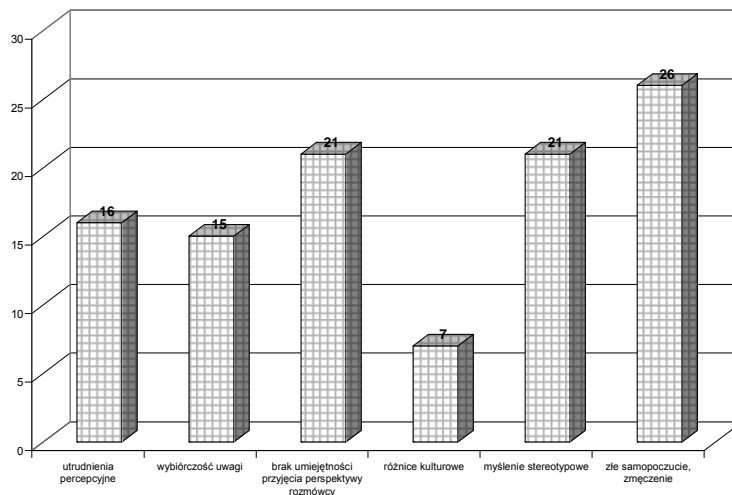


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ostatnie pytanie dotyczyło barier komunikacyjnych – poproszono respondentów o wskazanie tych, które ich zdaniem najbardziej zakłócają prawidłowy przebieg procesu komunikacji. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie zaprezentowano na rysunku 4. Zdecydowanie najczęściej, jako czynnik utrudniający komunikację respondenci podawali przemęczenie, co uwzględniając pracę pod presją i odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów, jak również całodobowe dyżury personelu szpitala nie wydaje się być zaskakujące. Ponadto zwracano uwagę na myślenie stereotypowe oraz brak umiejętności przyjęcia perspektywy rozmówcy (takich wskazań udzielał głównie średni personel medyczny). Na utrudnienia percepcyjne oraz wybiórczość uwagi wskazywali przede wszystkim respondenci, którzy nie osiągnęli 30 roku życia. Najrzadziej

za barierę zakłócającą proces komunikacji uznawano różnice kulturowe, co może wynikać z faktu bliskości kulturowej osób wykonujących zawody medyczne.

Rysunek 4. Które z poniższych barier najbardziej zakłócają przebieg procesu komunikacji w szpitalu?



Na rysunku zaprezentowano ilość wskazań w liczbach bezwzględnych. Respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

3. Podsumowanie

Sprawną komunikacją między personelem medycznym jest podstawą prawidłowego funkcjonowania placówki służby zdrowia. Specyfika wykonywanego zawodu ogranicza możliwości występowania błędów i nieporozumień, dlatego też relacje między pracownikami, a co za tym idzie i przepływ informacji muszą być niezakłócone. Naturalnym jest, iż komunikacja między personelem może powodować konflikty wynikające z różnicy zdań, poglądów oraz nieдомówień, bądź braku precyzji w przekazywaniu informacji. Analizując wyniki badań należy zauważyć, iż procesy komunikacyjne w badanym szpitalu przebiegają raczej bez zakłóceń – aczkolwiek nie tak samo dobrze na wszystkich oddziałach.

Atmosfera w pracy jest dobra, co z pewnością znacząco wpływa na relacje między pracownikami, ich motywację do działania oraz jakość świadczonych usług.

Dobra komunikacja wewnątrz organizacji zwiększa zaangażowanie pracowników i zmniejsza ich opór wobec zmian [Golińska 2008]. Stanowi podstawę zasadniczych funkcji organizacji, takich jak planowanie, organizowanie, motywowanie oraz sprawowanie kontroli. Pracownicy, którzy wiedzą, co dzieje się w szpitalu, jakie są planowane działania i kto będzie za co odpowiedzialny, czują się szanowani, przez co zwiększa się jakość ich pracy. Świadomość poprawnych relacji ułatwia przebieg procesu komunikacji, zaś dobra wola, otwartość i branie pod uwagę wszystkich czynników umożliwia skuteczną realizację tego procesu. Komunikowanie się nie jest bowiem zwykłym przekazywaniem informacji – jest on wykorzystywany nie tylko do informowania, ale również do nadawania przekazywanym informacjom odpowiedniego znaczenia [Penc 2010, s. 111–112].

Reasumując, koncentrując się na systemie, jaki stanowi oddział szpitalny, czy szpital, należy podkreślić, iż wypracowane formy porozumiewania się i wzajemnego funkcjonowania w tak wykreowanej wspólnocie przyczyniają się do nawiązywania i podtrzymywania pozytywnych relacji międzyludzkich. Atmosfera panująca w placówce i skuteczność procesu komunikacji interpersonalnej ma bowiem nie tylko znaczenie dla zatrudnionych tam pracowników, dotyczy także pacjentów przebywających na szpitalnych oddziałach.

Bibliografia

- Golińska K. (2008), *Komunikacja wewnętrzna w firmie*, <http://kadry.infor.pl>
- Penc J. (2010), *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Difin, Warszawa,
- Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej* (2010), red. Głowacka M.D., Mojs E., ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa,
- Rozwadowska B. (2002), *Public Relations – teoria, praktyka, perspektywy*, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa,
- Stor M. (2006), *Komunikowanie się w organizacji w: Zarządzanie kadrami*, red. Listwan T, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa,
- Szternberg A. (2001), *Podstawy komunikacji społecznej w edukacji*, Astrum, Wrocław.

Danuta Kunecka¹

Pomorski Uniwersytet Medyczny

Kryzys, a dobór pracowników w sektorze zdrowia

Crisis and selection of employees in health care sector

Abstract: Introduction: In the eve of changes happening in health care sector, influenced majorly by higher and higher expectations of society directed at this exact sector, the role of competences of medical staff gains huge importance. Bigger attention directed at the human resource process of acquiring new employees should be a result. The stage of selecting employees may become especially important in times of crisis. Hitherto researches in matters of human resources management in health care sector hinted that the situation is wholly opposite. Therefore the goal of this paper is to: analyse actions undertaken in health care centres during the staff selection process as well as an attempt of their evaluation in times of crisis.

Materials and methods: Researches in this area are just a part of wider research concerning human resources management conducted by an author in the period of 2009–2011. Diagnostic survey has been the research method, and survey questionnaire has been author's research tool. Research group consisted of 264 people (representatives of doctors and nurses).

Results and conclusions: As a result of research material analysis, author gained confirmation of taken thesis, which also constitutes a final conclusion of paper: crisis enforces management to cut costs, which results in insignificant interest in matters of employee selection, and therefore might lead to future decrease in quality of service.

Key words: recruitment and selection of employees, medical staff.

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny.

1. Wstęp

W dobie rosnących oczekiwań społecznych względem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, szczególnego znaczenia w procesie zarządzania ludźmi w tym sektorze nabiera etap pozyskiwania nowych kadr. Kryzys według definicji encyklopedycznej, „*to okres załamania, przesilenia i potencjalnego przełomu w funkcjonowaniu danego systemu*” [Encyklopedia PWN]. Autorka przyjęła, iż okres obejmujący badania, czyli lata 2009–2011 z uwagi na „burzliwość i turbulentność” otoczenia w jakim funkcjonował wówczas sektor zdrowia w Polsce, wraz z toczącym się od lat procesem jego restrukturyzacji, pozwalają uznać, iż spełnia on kryteria funkcjonowania charakterystyczne dla okresu kryzysu. Zgodnie z definicją kryzys, to swoisty punkt zwrotny w dotychczasowym funkcjonowaniu danego systemu, czy organizacji. Należy zatem pamiętać, iż może on zarówno pogłębić istniejące już niedoskonałości, ale również zainicjować proces ich likwidowania. Wielość definicji doboru pracowników [Kawka, Listwan 2010, s. 101; Kalinowski, 2010, s. 123; Oleksyn, 2008, s. 180] sprawiły, iż na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto definicję, uznającą, iż „*jest to ogół czynności, mających na celu zapewnienie odpowiedniej liczby kompetentnych pracowników, których praca powinna efektywnie przyczyniać się do realizacji misji i celów organizacji*” [Ludwiczynski 2006, s. 197]. Dlatego należałoby przyjąć, iż w interesie każdej placówki leży pozyskiwanie ludzi o możliwie wysokich umiejętnościach [Kijowska, 2010, s. 241], gwarantujących jakość świadczonej usługi. Przypisanie tak istotnej roli i znaczenia etapowi doboru pracowników, dla skuteczności i efektywności całego procesu ZZL jest zgodne z definicją zaproponowaną przez Pochtowskiego [2008, s. 140] w myśl której dobór pracowników, to element kluczowy. Dotychczas zrealizowane badania w zakresie tematyki ZZL w sektorze zdrowia w Polsce [Jończyk 2008, s. 166, 171; Buchelt 2011, s. 76–77, 81] wskazywały na marginalizowanie znaczenia tego etapu w procesie ZZL w placówkach ochrony zdrowia, co przy jednoczesnym założeniu autorki, iż w sytuacji kryzysu i toczącego się od lat procesu restrukturyzacji, zjawisko to może ulec diametralnym zmianom, o pozytywnym lub negatywnym wydźwięku, za cel poniższego opracowania przyjęto: dokonanie analizy działań podejmowanych w placówkach ochrony zdrowia

w ramach etapu doboru pracowników oraz próbę ich oceny w czasach kryzysu, co pozwoli uzyskać odpowiedź na postawione pytanie badawcze, czy i w jaki sposób zmieniło się podejście do doboru pracowników w sektorze zdrowia w Polsce w latach 2009–2011.

2. Materiał i metody

Materiał badawczy wykorzystany w poniższym opracowaniu stanowi część materiału zgromadzonego przez autorkę w ramach zrealizowanego kilkietapowo projektu badawczego, w którym celem było dokonanie analizy i oceny procesu zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze zdrowia w latach 2009–2011. Łącznie we wszystkich jego etapach uczestniczyło ponad 1200 osób, spośród przedstawicieli dwóch najliczniej reprezentowanych grup zawodowych: lekarskiej i pielęgniarstwa. W tym w części będącej przedmiotem obecnej analizy w badaniu uczestniczyło 264 osoby, z czego lekarze stanowili 27,3 % ogółu badanych (72 osoby), pielęgniarki/pielęgniarze 72,7 % ogółu badanych (192 osoby). Ten etap badania przeprowadzono na przełomie 2010/2011 roku wśród uczestników instytucjonalnych form kształcenia podyplomowego dla zawodów medycznych. Grupę badawczą lekarzy stanowili uczestnicy kursu specjalizacyjnego, natomiast grupę pielęgniarek/pielęgniarzy stanowili studenci studiów drugiego stopnia – magisterskich uzupełniających, kierunku pielęgniarstwo oraz uczestnicy kursu specjalizacyjnego. W obu przypadkach instytucją realizującą wskazaną formę kształcenia był Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Dane metryczkowe uczestników badania przyjęte w obu grupach wykazują tendencję zbliżoną do wyników uzyskiwanych w całym sektorze, zaś dokładną ich charakterystykę przedstawiono w tabeli numer 1.

Za metodę badawczą przyjęto sondaż diagnostyczny, zaś narzędziem stał się autorki kwestionariusz ankiety, składający się z dwóch części: metryczkowej oraz właściwej. Ponieważ skierowany on był do dwóch grup zawodowych przygotowano dwie jego nieznacznie różniące się zakresem tematycznym (liczbą pytań) wersje. Ta z przeznaczeniem dla pielęgniarek/pielęgniarzy uwzględniała pytania o: rekrutację, selekcję, adaptację oraz oceny pracownicze. Natomiast dla grupy lekarskiej była wersją nieco rozszerzoną i zawierała ponadto pytania dotyczące form zatrudniania i różnych

aspektów z tym związanych. Dla potrzeb poniższego opracowania wykorzystano wybrane pytania z obu części ww. kwestionariuszy ankiet, ściśle związanych z tytułem opracowania. Analizy statystyczne zgromadzonego materiału badawczego wykonano przy pomocy arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel, a w dalszej analizie skorzystano z pakietu statystycznego Statsoft, Inc. STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami (rozkłady procentowe udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – „N” wielkości próby oraz wartościach procentowych). W dalszej analizie statystycznej szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi zastosowano test χ^2 , gdzie za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Tabela 1. Struktura socjodemograficzna badanych

Zmienna	Charakter zmiennej	Grupa lekarska		Grupa pielęgniarska	
		N	%	N	%
Miejsce pracy	Publiczny ZOZ	67	93,0	128	66,7
	Niepubliczny ZOZ	5	6,9	64	33,3
Specyfika miejsca pracy	Zabiegowa	22	30,5	98	51,0
	Niezabiegowa	50	69,4	94	48,9
Wielkość podmiotu zatrudniającego	Do 50 pracowników	5	6,9	28	14,6
	50 – 300 pracowników	9	12,5	40	20,8
	Powyżej 300 pracowników	58	80,5	124	64,6
Staż pracy	Poniżej 10 lat	42	58,3	36	18,7
	11 – 20 lat	24	33,3	84	43,7
	Powyżej 20 lat	4	5,5	72	37,5
	Brak odpowiedzi	2	2,8	0	0
Stanowisko	Pielęgniarka odcinkowa	ND	ND	148	77,1
	Pielęgniarka funkcyjna	ND	ND	44	22,9

Źródło: badania własne.

3. Wyniki badań

Dla osiągnięcia założonego celu, którym było dokonanie analizy procesu naboru pracowników w sektorze zdrowia, dającą podstawę do jego oceny autorka przyjęła, iż w prawidłowo przebiegającym procesie pozyskiwania nowych pracowników konieczne jest zaistnienie trzech elementów, wskazywanych w literaturze przedmiotu jako „ogólne etapy rekrutacji i selekcji” [Moczydłowska, 2010, s. 55]. Są to:

- określenie wymagań względem kandydatów, które stanowią podstawę do formułowania wszelkiego typu ogłoszeń, przekazu informacji o rozpoczęciu procesu rekrutacji, warunkujących skuteczność kolejnego z nich, czyli
- przyciągnięcie kandydatów, wzbudzenie ich zainteresowania daną ofertą, oraz
- selekcji kandydatów.

Dlatego też analizie poddano materiał badawczy dotyczący:

- sposobu pozyskiwania informacji o danym stanowisku – docierania do ofert zatrudnienia przez respondentów, zakładając, iż w tym zakresie o prawidłowości mówimy wówczas, gdy inicjatywę podejmuje potencjalny pracodawca,
- zakresu dostępnej informacji dla przyszłego pracownika, o danym stanowisku zawartej w upublicznionej ofercie zatrudnienia, gdzie przy ocenie pozytywnej uwzględniono kryteria wskazywane jako podstawowe w opisach stanowisk pracy, a za niezbędne minimum uznano 3 spośród 6 jego elementów,
- obecności rozmowy kwalifikacyjnej, jako etapu procesu selekcyjnego zakładając, iż bezpośrednia konfrontacja nie tylko z osobą przełożonego (reprezentowanego jednoosobowo) z wybranym kandydatem, stwarza najdogodniejsze warunki do obiektywnej jego oceny, co było kryterium pozytywnej oceny w tym zakresie. Rozkłady odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące ww. kwestii przedstawiono w tabeli numer 2.

Warto podkreślić, iż w przypadku odpowiedzi na pytanie dotyczące sposobu pozyskania informacji o poszukiwaniu pracownika inicjatywa

podejmowana była zdecydowanie częściej przez samych pracowników (zarówno w grupie lekarskiej jak i pielęgniarskiej), a jako źródło tej informacji wskazywano nie rzadko znajomych, kolegów itp. Uznało tak 25 osób w grupie lekarskiej (co stanowiło 34,7% ogółu badanych lekarzy) oraz 93 osób w grupie pielęgniarskiej (co stanowiło 48,4% ogółu badanych pielęgniarek/pielęgniarzy).

Tabela 2. Rozkład procentowy udzielonych odpowiedzi

Charakterystyka treści pytania		Grupa lekarska		Grupa pielęgniarska	
		N	%	N	%
Sposób pozyskania informacji o poszukiwaniu pracownika*	Ogłoszenie w prasie niebranżowej	4	5,5	4	2,1
	Ogłoszenie w prasie branżowej	2	2,8	12	6,2
	Ogłoszenie w siedzibie samorządu	3	4,2	5	2,6
	Ogłoszenie na tablicy ogłoszeń w ZOZ	2	2,8	15	7,8
	Inny	53	73,6	160	83,3
	Brak odpowiedzi	2	2,8	4	2,1
Zakres udostępnianych informacji dotyczących stanowiska pracy w ofercie*	Specjalność	43	59,7	28	14,6
	Jednostka organizacyjna (np. oddział)	41	56,9	153	79,7
	Charakterystyka zadań i obowiązków	18	25,0	40	20,8
	Charakterystyka warunków pracy	15	20,8	32	16,7
	Wymagania względem kandydata	18	25,0	52	27,1
	Inne, w tym brak informacji	4	5,5	8	4,2
	Brak odpowiedzi	10	13,9	0	0
Rozmowa etapem procesu naboru	Odbyła się	42	58,3	80	41,7
	Nie odbyła się	30	41,7	112	58,3

* Odpowiedzi nie sumują się do 100, istniała możliwość wskazania kilku odpowiedzi

Źródło: badania własne.

W przypadku pytania o „wystąpienie” rozmowy kwalifikacyjnej uzyskane odpowiedzi, potwierdzające jej zaistnienie, mogły by świadczyć pozytywnie o procesie selekcji. To jednak z uwagi na to, iż uczestnicy badania mieli możliwość scharakteryzowania jej przebiegu, a jedynie w 8 przypadkach w grupie pielęgniarskiej (co stanowiło 4,2% ogółu badanych pielęgniarek/pielęgniarzy), które miały poczucie, iż sama roz-

mowa miała wpływ na wynik selekcji, to raczej należałoby uznać jej przebieg za element negatywny. Ponadto respondentów z grupy pielęgniarskiej zapytano także, o to czy w procesie naboru pracowników zadano im pytanie o ich zainteresowania zawodowe, zakładając, iż fakt ten mógłby wpływać pozytywnie na wyższe zaangażowanie tych osób w pracę, to niestety odpowiedzi twierdzącej udzieliło jedynie 16 osób (co stanowiło 8,3% ogółu badanych pielęgniarek/pielęgniarzy).

Autorka spodziewała się nader optymistycznie zdecydowanie wyższych odsetków wyników, pozwalających na pozytywną ocenę, w kompleksowym ujęciu procesu naboru pracowników w sektorze zdrowia. Jednak zgodnie z przyjętymi wcześniej kryteriami jedynie w przypadku 1 osoby w grupie lekarskiej i 4 osób w grupie pielęgniarskiej można było taki stan rzeczy stwierdzić. Przy czym w tej drugiej we wszystkich 4 przypadkach powodowane było to koniecznością realizacji zapisów prawa, ponieważ zaistniały w wyniku przebiegu postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

Z uwagi na brak dostatecznej liczby przypadków pozytywnych ocen całego procesu w dalszej analizie statystycznej, wykorzystującej test chi – kwadrat, szukano zależności dla zmiennych jakościowych, wyodrębnionych spośród elementów składowych całego procesu naboru pracowników, korelując je ze zmiennymi różnicującymi, które dla potrzeb opracowania, stanowiły wybrane dane metryczkowe. Wyniki wskazujące na istotną lub wysoce istotną statystycznie zależność pomiędzy badanymi zmiennymi uzyskano jedynie w grupie pielęgniarskiej, co szczegółowo przedstawiono w tabeli numer 3.

W oparciu o analizę jakościową z wykorzystaniem testu chi – kwadrat (tabela powyżej) można wnioskować, iż w przypadku zmiennej:

- miejsce pracy (publiczny/niepubliczny) występują znaczące różnice w przebiegu procesu naboru, świadczące na korzyść zakładów niepublicznych;
- podobnie było w przypadku wielkości placówki, ponieważ im mniejsze placówki tym korzystniejsze wyniki (świadczące o poprawności procedur) w zakresie poszczególnych elementów procesu naboru, a zdecydowanie częściej te mniejsze funkcjonują jako zakłady niepubliczne;

- specyfika pracy (zabiegowa/niezabiegowa), w tym przypadku, gdy zestawiono ją ze sposobem pozyskiwania informacji korzystniej wypadły te o charakterze niezabiegowym, natomiast w korelacji z „wystąpieniem” rozmowy, częściej miała miejsce w specyfice zabiegowej;
- zajmowane stanowisko (pielęgniarka/pielęgniarz odcinkowa/ odcinkowy lub pielęgniarka/pielęgniarz funkcyjna/funkcyjny), w tym przypadku zawsze o poprawności przebiegu poszczególnych elementów decydowało to, że stanowisko nie było szeregowym. Jednak jest to wynik tego, iż stanowiska funkcyjne w pielęgniarstwie obsadzone są w drodze konkursów, których przebieg warunkowany jest rozporządzeniem, a zatem jest wynikiem egzekwowania prawa, a nie potrzeb, czy świadomości prowadzących nabory.

Tabela 3. Wyniki analizy statystycznej z użyciem testu χ^2

Korelowane zmienne (w grupie pielęgniarstwiej)	Wartość „ χ^2 ”	Wartość „p”
Sposób pozyskania informacji, a specyfika stanowiska	10,74286	0,005
Sposób pozyskania informacji, a zajmowane stanowisko	44,16876	0,000
Zakres informacji, a miejsce pracy	9,846	0,002
Zakres informacji, a wielkość placówki	7,878436	0,019
Zakres informacji, a zajmowane stanowisko	26,720	0,000
Obecność rozmowy, a miejsce pracy	8,400	0,004
Obecność rozmowy, a specyfika stanowiska	5,486	0,019
Obecność rozmowy, a wielkość placówki	15,86307	0,000
Obecność rozmowy, a zajmowane stanowisko	11,335	0,001
Poprawność rozmowy, a miejsce pracy	16,84615	0,000
Poprawność rozmowy, a wielkość placówki	26,06899	0,000
Poprawność rozmowy, a zajmowane stanowisko	39,55541	0,000

Źródło: badania własne.

Wyniki uzyskane w analizie procesu naboru w grupie pielęgniarstwiej w kontekście zajmowanych stanowisk można by uznać za bardzo optymistyczne z uwagi na to, iż stwierdzono zdecydowanie wyższy odsetek poprawności realizacji poszczególnych etapów procesu naboru, a tym samym i wyższą ocenę całego procesu w przypadku stanowisk funkcyj-

nych. To jednak wcześniejsze doświadczenia badawcze autorki w tym zakresie skutecznie studzą ten optymizm. Ponieważ dowiodły one, iż w większości przypadków konkursy na te stanowiska były farsą [Kunecka, 2011, s. 375–381, 387; Kunecka, 2010, s. 170–174, 178; Kunecka, Karakiewicz, 2010, s. 170]. Co tłumaczyło by także fakt, że realizowane w praktyce działania w zakresie doboru kadry kierowniczej, nie tylko w sektorze zdrowia, ale i np. w administracji publicznej budzą liczne dyskusje społeczne [Barańska, 2011, s. 54] i wymagają niezwłocznych zmian. Dlatego też, postrzeganie procesu ZZL w sektorze zdrowia w wymiarze etycznym jest rzadkie. Ponieważ uznało tak jedynie 13 osób w grupie lekarskiej (co stanowiło 18,05% ogółu badanych z tej grupy zawodowej) oraz tylko 16 osób w grupie pielęgniarstwa (co stanowiło 8,3% ogółu badanych w tej grupie zawodowej).

4. Podsumowanie

Zgromadzony materiał badawczy pozwolił autorce na dokonanie analizy procesu naboru pracowników w sektorze zdrowia w okresie kryzysu. Wyniki tej analizy dały podstawę do sformułowania następującego wniosku końcowego, będącego jednocześnie jego oceną:

– sporadyczne przypadki zaistnienia poprawnego procesu naboru świadczyć mogą o pogłębieniu się zjawiska marginalizowania tego etapu ZZL w sektorze zdrowia, do niekiedy zupełnego jego braku, co w niedalekiej przyszłości może przynieść katastrofalne skutki dla społeczeństwa.

Mając świadomość znaczenia pomyślności etapu naboru pracowników, w tym również kadry kierowniczej dla skuteczności całego procesu ZZL przy jednoczesnych kryzysowych warunkach funkcjonowania sektora prawidłowa jego realizacja okazuje się być zadaniem nader trudnym [Barańska, 2011, s. 54]. Dlatego ten etap procesu ZZL, nie tylko w placówkach opieki zdrowotnej powinien stanowić kluczową rolę w zarządzaniu, a wszelkie działania podejmowane w tym zakresie powinny być planowane i realizowane ze szczególną starannością, z wykorzystaniem wszelkich dostępnych środków tj.: uwarunkowania prawne, organizacyjne, etyczne, a także wiedzy teoretycznej w tym zakresie. Punktem wyjścia do ich realizacji jest postrzeganie zasobów ludzkich nie jako

kosztu, a najlepszego kapitału, który nie tylko w czasach kryzysu może determinować poziom jakości świadczonych usług.

Bibliografia

- Barańska D. (2011), *Dobór pracowników na stanowiska kierownicze w przedsiębiorstwach państwowych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” nr 1, 2011, s. 45–55.
- Buchelt B. (2011), *Strategiczna istotność ZZL a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych ZOZ – ach*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” nr 2, 2011, s. 73–85.
- Encyklopedia PWN, hasło: kryzys [dostęp online 19.02.2012r.] <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/4011371/kryzys.html>
- Jończyk J. (2008), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Kalinowski M. (2010), *Rekrutacja kandydatów do pracy*, [w:] *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, (red.) Gołnau W., Kalinowski M., Litwin J., Wyd. III, Wyd. CeDeWu, Warszawa.
- Kawka T., Listwan T. (2010), *Dobór pracowników*, [w:] *Zarządzanie kadrami*, (red.) Listwan T., Wyd. IV, Wyd. C. H. Beck, Warszawa.
- Kijowska V. (2010), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, (red.) Kautsch M., Wyd. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Kunecka D. (2010), *Ethical aspects of competitions on managing position of hospitals*, [in] *Cost, organization and management of hospitals*, (ed.) Stępniewski J., Bugdol M., Jagiellonian University Press, Krakow.
- Kunecka D. (2011), *Aspekty etyczno – moralne konkursów na stanowiska kierownicze w jednostkach służby zdrowia*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, (red.) Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M., Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Kunecka D., Karakiewicz B. (2010), *Procedury konkursowe na stanowiska kierownicze w ZOZ – ach. Co dalej?*, *Studia i materiały PSZW*, Wyd. PSZW, Bydgoszcz, nr 25, s. 165 – 171.
- Ludwiczynski A. (2006), *Alokacja zasobów ludzkich organizacji*, [w:] *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, (red.) Król H., Ludwiczynski A., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Moczydłowska J. (2010), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Oleksyn T. (2008) *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji, kanony, realia, kontrowersje*, Wyd. Oficyna Wolters Kluwer business, Kraków.
- Pocztowski A. (2008), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Wyd. II, Wyd. PWE, Warszawa.

Katarzyna Zadros

Politechnika Częstochowska

Satysfakcja z pracy pracowników zawodów medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa śląskiego

Job satisfaction of medical professionals employed in hospitals of the Silesian Voivodeship

Abstract: Investigating job satisfaction of medical professionals should be deemed particularly important, taking into consideration social duties fulfilled by such professionals in the course of their job activities, which consist in providing health security to citizens. Therefore, a survey has been conducted in order to attempt evaluating job satisfaction of the medical professionals.

For the purpose of the study a general assumption was made that the level of job satisfaction depended on two groups of factors: 1. Professional status and the possibilities of building prestige in professional life it provided; 2. Conditions of cooperation with superiors and co-workers.

These assumptions were verified with the aid of a survey study. The analysis of respondents' answers lead to the conclusion that the strongest factors building job satisfaction included prestige connected with a particular profession, which was especially visible in the case of doctors, remuneration and employment conditions, as well as the possibilities for professional development.

1. Wstęp

Znaczną część życia każdego dorosłego człowieka zajmuje praca zawodowa. W przypadku wielu zawodów, zwłaszcza misyjnych i związanych z dużym obciążeniem psychicznym, trudno jest precyzyjnie od-

dzielić życie zawodowe i prywatne. Zdaniem wielu badaczy, istnieje wręcz ścisły związek między satysfakcją z życia zawodowego i prywatnego, sprawiający, iż osoby nie czerpiące satysfakcji z życia zawodowego są jednocześnie mniej usatysfakcjonowane życiem prywatnym. Oczywiście jest także, że satysfakcjonujące życie prywatne jest punktem wyjścia do zadowolenia z pracy. Dlatego, w zarządzaniu zasobami ludzkimi (ZZL) ważne jest, by pracownicy mieli poczucie zadowolenia, satysfakcji, z wykonywanej pracy, gdyż jest to jeden z najważniejszych czynników motywujących do pracy. Dotyczy to zwłaszcza wspomnianych zawodów misyjnych.

Wśród zawodów misyjnych znajdują się, między innymi, profesje medyczne. Stąd też, badanie satysfakcji z pracy wykonujących zawód medyczny jest szczególnie istotne z punktu widzenia zarządzania poszczególnymi placówkami ochrony zdrowia, jak i całym systemem. Wynika to faktu, że od poziomu zadowolenia z pracy profesjonalistów medycznych zależy efektywność placówek, zadowolenie pacjentów, sprawność funkcjonalna całego systemu ochrony zdrowia, a wreszcie bezpieczeństwo zdrowotne obywateli.

Warto także zwrócić uwagę na to, że satysfakcja z pracy, zazwyczaj przyczynia się do uzyskiwania lepszych jednostkowych efektów pracy, wyższego poziomu motywacji do niej, efektywniejszej współpracy z innymi pracownikami oraz zmniejszenia negatywnych efektów sytuacji konfliktowych. Można więc uznać, że jest jednym z kluczowych elementów decydujących o sprawności zarządzania zasobami ludzkimi, zarówno w odniesieniu do organizacji, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

Dlatego autorka, w poniższym opracowaniu, prezentuje analizę dotyczącą badania satysfakcji z pracy i jej wpływu na motywację do pracy, przeprowadzonego wśród pracowników medycznych szpitali województwa śląskiego. W analizie, podejmuje próbę zdiagnozowania wpływu satysfakcji z pracy na zaangażowanie w tę pracę i jej efektywność wraz ze wskazaniem ewentualnych obszarów zmian w procesie zarządzania zasobami ludzkimi szpitali umożliwiających wzrost tej satysfakcji, a tym samym, wzrost zaangażowania pracowników w proces świadczenia usług medycznych. Drugim kluczowym obszarem analizy jest wpływ satysfakcji z pracy na satysfakcję życiową.

2. Satysfakcja z pracy i czynniki ją kształtujące

Pojęcie satysfakcji z pracy, czy też zadowolenia z pracy, nie jest nowym w literaturze, jednak różnorodność podejść teoretycznych istotnie utrudnia jej precyzyjne zdefiniowanie. W najprostszym ujęciu będzie zbiorem pozytywnych lub negatywnych uczuć i postaw odnoszących się do realizowanych przez pracowników obowiązków [Schulz, Schulz, 2002 s. 296]. Można także rozumieć to pojęcie jako pozytywny stosunek pracowników do powierzonych im obowiązków, otoczenia pracy i współpracowników [por: Diagnoza; 1999 s. 6]. Największą trudność w badaniu zadowolenia z pracy sprawia fakt, że jest to całkowicie subiektywne odczucie, powiązane z różnicą między oczekiwaniami, a percepcją danej sytuacji. Dlatego, tworząc koncepcję badania satysfakcji, należy pamiętać, że odnosi się ona do postrzegania rzeczywistości, a nie wprost do samej rzeczywistości, więc bezpośrednie pytanie o nią nie musi doprowadzić do uzyskania w pełni wiarygodnych wyników.

Warto także zwrócić uwagę na to, że, badacze zajmujący się problematyką satysfakcji z pracy, zwracają bardzo dużą uwagę na związek między zadowoleniem z pracy, a satysfakcją życiową. [por: Judge, Thoresen, Bono, Patton 2001 s. 379] Niektórzy zwracają także uwagę na posiadanie przez ludzi pewnych wrodzonych predyspozycji do bycia bardziej lub mniej zadowolonym z życia generalnie, nie ograniczając tego pojęcia tylko do pracy. Oznacza to, że osobom o wyższym zadowoleniu z życia towarzyszy także wyższe zadowolenie z pracy [Kinnie, Hutchinson, Purcell, Raylon, Swart 2005 s. 21–22].

Do cech człowieka różnicujących poziom zadowolenia z pracy zaliczono między innymi: wiek, płeć, rasę i cechy osobowości. Natomiast wśród czynników występujących w środowisku pracy można wskazać: status, prestiż wykonywanej pracy, samodzielność, wynagrodzenie, komunikację wewnętrzną, relacje z innymi ludźmi, możliwość rozwoju zawodowego. W przypadku zawodów misyjnych duże znaczenie w jej kształtowaniu odgrywają także: system wyznawanych wartości, poziom inteligencji emocjonalnej, optymizm, styl myślenia i działania, a wreszcie zainteresowania zawodowe [por. Balcar, Borkowska, Czerw, Gąsiorowska 2011 s. 32 i nast.].

Oczywistym jest także fakt, że zadowolenie z pracy sprzyja jej efektywności i zaangażowaniu pracownika. Stwierdzenie, że zadowolony pracownik jest bardziej skuteczny, ma silne podłoże w psychologii społecznej, gdyż efektywność, sama w sobie, jest źródłem satysfakcji, a satysfakcja z pracy i efektywność wzajemnie na siebie oddziałują [Schulz, Schulz, 2002 s. 318]. Chociaż należy tu nadmienić, iż w literaturze można spotkać także odrębne stanowiska, np. N. Bowling, w wyniku przeprowadzonych przez siebie badań, uznał, że związek między zadowoleniem i produktywnością nie ma charakteru przyczynowo-skutkowego [Błońska <http://kopalniawiedzy.pl>].

Zaangażowanie, rozumiane jako przywiązanie do firmy i identyfikacja z nią, może mieć trojaki charakter: emocjonalny, normatywny, lub może być zaangażowaniem trwania. Tylko pierwsze z nich będzie elementem pozytywnie wpływającym na satysfakcję z zatrudnienia, gdyż wiąże się z rzeczywistą identyfikacją pracownika z firmą. Badacze dowodzą także, że istnieje pozytywny związek między efektywnością a zaangażowaniem emocjonalnym i negatywny związek z zaangażowaniem trwania. Ponadto, zwracają uwagę na to, że wysoki poziom zadowolenia z pracy obniża poziom fluktuacji kadr i absencji, wpływając korzystnie na koszty osobowe. [Judge, Thoresen, Bono, Paton 2001 s. 381] Z punktu widzenia organizacji, efekty zadowolenia z pracy można przedstawić wykorzystując model Hesketa:

Satysfakcja pracowników → Większa stałość zatrudnienia → Wyższa produktywność pracowników → Wzrost poziomu jakości usług → Wzrost lojalności klientów → Rozwój przedsiębiorstwa
[www.bankier.pl]

Reasumując można stwierdzić, że o satysfakcji z pracy decydują co najmniej trzy kluczowe zmienne związane z zaangażowaniem pracowników: nagrody i uznanie, komunikacja oraz równowaga pomiędzy pracą zawodową i życiem prywatnym.

Dlatego też, w dalszej części opracowania zostaną zaprezentowane wyniki badania ankietowego, przy pomocy którego podjęto próbę oceny wpływu tych czynników na zadowolenie z pracy pracowników zawodów medycznych w wybranych placówkach ochrony zdrowia.

3. Metodologia badania i charakterystyka respondentów

Za cel badania postawiono sobie sprawdzenie czy pracownicy zawodów medycznych są zadowoleni ze swojej pracy, a jeśli tak, to w jakim stopniu i jakie czynniki budują satysfakcję, jakie nie mają na nią wpływu, a jakie ją obniżają.

Dla potrzeb badania przyjęto ogólne założenie, że na poziom satysfakcji z pracy wpływają dwie grupy czynników:

1. Pozycja zawodowa oraz wynikające z niej możliwości budowania prestiżu zawodowego
2. Warunki współpracy z przełożonymi i współpracownikami

Weryfikacja tych założeń, zostanie dokonana w oparciu o badanie ankietowe prowadzone w trzecim kwartale 2010 roku i pierwszym półroczu 2011 roku, w 27 szpitalach miejskich, powiatowych, wojewódzkich i klinicznych na terenie Województwa Śląskiego.

Jako narzędzie wykorzystano zmodyfikowany przez autorkę Minesocki Kwestionariusz Satysfakcji, służący do pomiaru wpływu na zadowolenie z zatrudnienia takich czynników jak osiągnięcia, niezależność, uznanie i warunki pracy [Schulz, Schulz, 2002 s. 297–298].

Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 635, następnie lekarze – 481 i pracownicy wykonujący pozostałe zawody medyczne (ratownicy medyczni, rehabilitanci, fizjoterapeuci, psychologowie kliniczni, laboranci medyczni, technicy radiologii i dietetycy) w liczbie 364 osób.

Badanie było dowolne i anonimowe. Każdy z respondentów otrzymał kwestionariusz ankiety z prośbą o jego wypełnienie, a po kilkudziesięciu minutach docierano do niego ponownie odbierając wypełniony formularz. Z 2000 rozdanych, nie wróciło, lub było nieprawidłowo wypełnione 520 ankiet. Odpowiedzi pozostałych 1480 respondentów zostaną omówione w dalszej części rozdziału.

Pytania merytoryczne ankiety zostały zebrane w bloki problemowe dotyczące poszczególnych zagadnień: wpływu nagród, uznania, prestiżu zawodu na satysfakcję z pracy, znaczenia komunikacji i relacji ze współpracownikami w jej kształtowaniu oraz relacji między satysfakcją zawodową i życiową respondentów. Uzupełniający charakter miały pytania

dotyczące motywatorów występujących w środowisku pracy, które kształtują, lub wzmacniają, ich zaangażowanie, efektywność i satysfakcję z pracy.

4. Czynniki kształtujące satysfakcję z pracy respondentów

Analiza badania zostanie rozpoczęta od sprawdzenia jakie czynniki występujące w środowisku pracy badanych wzbudzają ich zadowolenie i pobudzają do zaangażowania w tę pracę. Z kafeterii liczącej 10 pozycji respondenci mieli wybrać jeden, najważniejszy dla nich czynnik, który pełni tę rolę (tab. 1.)

Wśród odpowiedzi przeważały dwie grupy wskazań: to, że mogą bezpośrednio obserwować efekty swej pracy 325 wskazań (23%) oraz prestiż związany z wykonywanym zawodem wybrany przez 306 (20%) respondentów, w dalszej kolejności znalazło się zadowolenie ze współpracy z innymi profesjonalistami medycznymi: 271 osób (15%) i możliwość kontaktu z ludźmi: 196 wskazań (13%). Co ciekawe, dopiero na piątym miejscu uplasowało się wynagrodzenie za pracę wybrane przez 149 badanych.

Tabela 1. Najważniejszy czynnik budujący zadowolenie z pracy

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	Lekarze	Pielęgniarki/ położne	Pozostałe gr. zawodowe	
Możliwość awansu	17	58	38	113
Efektywność pracy własnej	109	149	67	325
Wynagrodzenie	162	32	55	149
Prestiż zawodu	137	94	75	306
Kontakt z ludźmi	67	97	32	196
Współpracownicy	27	159	31	217
Przełożony	31	26	37	94
Nic	11	9	11	31
Nie wiem	1	2	4	7
Inne	19	9	14	42
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Przyglądając się odpowiedziom respondentów rodzi się jednak pytanie, czy w podobny sposób odpowiadali przedstawiciele wszystkich badanych grup zawodowych. Aby to sprawdzić przeanalizowano odpowiedzi uwzględniając wykonywany zawód (tab. 1). I tu zaczynają wyraźnie rysować się różnice w odpowiedziach poszczególnych grup pracowników. Szczególne rozbieżności dotyczą dwóch kategorii: wynagrodzenia i prestiżu. Najsilniejszym z bodźców dla lekarzy jest wynagrodzenie, podczas gdy dla pielęgniarek i położnych jest ono jednym z najsłabszych. Na 635 pielęgniarek i położnych, za czynnik decydujący o zadowoleniu z pracy uznały je tylko 32 (5%)¹, natomiast wśród 481 lekarzy wynagrodzenie wskazało 162 (34%). W przypadku pozostałych zawodów medycznych tę odpowiedź wybrało 55 osób (15%). Dysproporcje w odpowiedziach między poszczególnymi grupami zawodowymi, dotyczą także roli prestiżu związanego z wykonywanym zawodem. Także tu najwięcej wskazań widać wśród lekarzy (137 osób, czyli 28%), następnie 75 pracowników pozostałych zawodów medycznych (21%) i najmniej wskazań 94, czyli tylko 15% ogółu, pielęgniarek i położnych. Zdaniem tych ostatnich, największe zaznaczenie dla zadowolenia z pracy mają relacje ze współpracownikami – 159 wskazań (25%) oraz to, iż są w stanie widzieć bezpośrednie efekty swej pracy – 23%, czyli 149 wskazań. W przypadku pozostałych zawodów medycznych odpowiedzi rozkładają się dość równomiernie, tu także nieco częściej badani doceniali, to że na bieżąco mogą dostrzegać efekty swej pracy – 67 wskazań (18%). Pozostałe czynniki można uznać za elementy drugoplanowe w budowie zadowolenia z pracy. Mimo, że także w ich wyborze widać różnice dla poszczególnych grup zawodowych, ogólnie jednak, na tyle rzadko były wskazywane, iż można pominąć ich analizę.

Podsumowując tę część można stwierdzić, że tylko lekarze są grupą zawodową, dla której kluczowe znaczenie w kształtowaniu zadowolenia z pracy ma poziom wynagrodzenia. Być może wynika to z faktu, iż większość z nich zatrudniona jest w oparciu o kontrakt medyczny. To

¹ Wartości % prezentowane w tej części analizy wyliczane są dla poszczególnych grup zawodowych oddzielnie, przy czym liczebność każdej kategorii zawodowej przyjęto jako 100%, dla lekarzy jest to liczba osób 481, pielęgniarek i położnych 635, a pozostałych zawodów medycznych 364.

sprawia, iż byt lekarzy i ich rodzin jest całkowicie uzależniony od wielkości kontraktu i rzeczywistych możliwości świadczenia pracy oraz tego, czy w kolejnych okresach będą mieli zagwarantowane odnowienie kontraktu i jego warunków, zwłaszcza płacowych.

Kolejną kwestią, o którą pytano respondentów, jest wpływ wykonywanego zawodu i zajmowanego stanowiska na satysfakcję z pracy. Generalnie można powiedzieć, że przedstawiciele wszystkich badanych grup zawodów medycznych pozytywnie oceniają zależność między wykonywanym zawodem i poczuciem satysfakcji z pracy (tab. 2).

Zdaniem 1062 (52%) badanych można mówić o istnieniu pozytywnej, lub zdecydowanie pozytywnej, relacji między tymi czynnikami. Wśród lekarzy odsetek dostrzegających pozytywną zależność między wykonywanym zawodem i satysfakcją z pracy jest najwyższy i wynosi 82%. Najmniej zadowolonych ze swego zawodu jest 65% pielęgniarek i położnych, a wśród pracowników pozostałych zawodów medycznych 70% badanych jest zadowolonych ze swego zawodu.

Tabela 2. Wpływ wykonywanego zawodu na zadowolenie z pracy respondentów

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarz	pielęgniarka/ położna	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni pozytywny	119	128	51	298
Pozytywny	277	282	205	764
Raczej pozytywny	27	108	54	234
Raczej negatywny	9	66	38	113
W pełni negatywny	4	51	16	71
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Co więcej, jeżeli szczegółowo zapozna się z danymi w tabeli 2, odzwierciedlającymi rozkład odpowiedzi, wyraźnie widać, jak mała część pracowników w sposób negatywny postrzega tę zależność – tylko 184 osoby (12%). Idąc tym tropem dalej, można sądzić, że zawód który wykonują jest dla nich satysfakcjonujący sam w sobie, niezależnie od środowiska pracy. W świetle powyższych stwierdzeń, oczywistym będzie

to, że grupą zawodową, w odpowiedziach której pojawia się najmniej wskazań negatywnych są lekarze – 13 osób (niecały 1% ogółu pracowników i 2,7% wykonujących zawód lekarza). W pozostałych grupach zawodowych liczba wskazań negatywnego, lub zdecydowanie negatywnego, wpływu wynosi już więcej: dla pielęgniarek i położnych 117 osób, czyli 8% ogółu pracowników i 18% pracujących w tym zawodzie, a dla pracowników pozostałych zawodów medycznych – 54 osoby, co daje 4% ogółu badanych i 15% wykonujących te zawody. Nie są to jednak liczby, które mogłyby budzić większy niepokój, lub świadczyłyby o znacznym prawdopodobieństwie przyjmowania przez przedstawicieli tych zawodów negatywnych postaw wobec obowiązków, wynikających z zajmowanego stanowiska.

Uzupełnieniem analizy w tej części opracowania jest ocena oddziaływania pozycji zawodowej, ściśle związanej z wykonywanym zawodem, na zadowolenie z pracy. Także tu, analizując odpowiedzi respondentów zaprezentowane w tabeli 3. wyraźnie widać, że zdecydowana część badanych uznała, że zajmowana przez nich pozycja zawodowa wpływa pozytywnie i zdecydowanie pozytywnie na zadowolenie z pracy.

Tabela 3. Wpływ pozycji zawodowej na zadowolenie z pracy badanych

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarz	pielęgniarka/położna	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni pozytywny	53	46	29	128
Pozytywny	139	327	217	683
Raczej pozytywny	249	178	78	505
Raczej negatywny	34	63	21	118
W pełni negatywny	6	21	19	46
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Takie stanowisko prezentuje 811 osób (55%), w tym wśród lekarzy są to 192 osoby (40% wszystkich wykonujących ten zawód), pielęgniarek i położnych jest 373 (59% ogółu pielęgniarek i położnych), a przedstawicieli

pozostałych zawodów medycznych – 246 (68% przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych).

Wręcz za zaskakujące można uznać to, że najmniej liczną kategorię zadowolonych z wpływu pozycji zawodowej na zadowolenie z pracy, stanowią lekarze, a najliczniejszą – pielęgniarki. Niestety, ze względu na ograniczony rozmiar publikacji nie jest możliwa wnikliwa analiza tego zjawiska i jego przyczyn, ale można sadzić, że na taką ocenę wpłynęło, przede wszystkim, niezadowolenie lekarzy z warunków pracy (kontrakty, na których większość z nich jest zatrudniona) i ciągle nie satysfakcjonujące ich wynagrodzenia za pracę. Być może także sygnalizowany w badaniach opinii społecznej, spadek zaufania pacjentów do lekarzy przy dość wysokim poziomie oczekiwań.

5. Wpływ przełożonego i współpracowników na zadowolenie z pracy

W następnej kolejności skonfrontowano dotychczas uzyskane informacje z danymi dotyczącymi bodźców wpływających na satysfakcję z pracy, które związane są z warunkami współpracy z przełożonym i współpracownikami. Przy czym, tu, z racji ograniczeń wynikających z koncepcji opracowania, uwaga w całości zostanie ograniczona tylko do oceny wpływu współpracy z przełożonym i narzędzi, jakie ten wykorzystuje w ZZL oraz współpracy z innymi profesjonalistami medycznymi na ogólne zadowolenie z pracy.

Podobnie jak w poprzednio omawianej sytuacji, także tu widać duże dysproporcje w sposobie odpowiadania przez poszczególne grupy zawodowe. Ten etap analizy rozpoczęto od zdiagnozowania narzędzi, jakimi posługują się menedżerowie ochrony zdrowia w realizacji procesu zarządczego. Najczęściej stosowana jest pochwała ustna – 379 wskazań (26% wszystkich respondentów), a następnie zasięganie opinii i dawanie swobody w działaniu – po 18% wskazań. Nieco dalej znalazło się współdecydowanie – 14%, pozostałe odpowiedzi uzyskały po mniej niż 10% wskazań (tab. 4).

Analizując dane w tabeli 4, z perspektywy przynależności badanych do poszczególnych kategorii zawodowych, widoczny jest zupełnie inny obraz sytuacji. Pielęgniarki, położne i pracownicy pozostałych grup uznali, że przełożeni najczęściej stosują wobec nich pochwały ustne, odpowiednio: 215 (34%) i 125 (34%) wskazań. Lekarze z kolei, zwrócili uwagę na pozostawienie swobody działania: 192 wskazania (czyli 40% ogółu lekarzy) oraz możliwość współdecydowania: 123 wskazania (26% lekarzy). W pełni zasadne wydaje się powiązanie tych odpowiedzi ze spostrzeżeniem o wysokim poziomie zaufania przełożonych do kompetencji zawodowych lekarzy. Z kolei, wśród pielęgniarek wysoką pozycję zajmuje umożliwianie im przez przełożonych prezentacji własnych opinii oraz zwracanie się przełożonego o takie opinie (118 odpowiedzi – 19%). Wśród najrzadziej wskazywanych motywatorów znalazły się: kontrola pracy pracowników i powierzanie odpowiedzialnych zadań.

Tabela 4. Narzędzia wykorzystywane przez przełożonego w celu budowy satysfakcji z pracy

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarze	pielęgniarki/ położne	pozostałe gr. zawodowe	
Pochwała ustna	39	215	125	379
Pochwała pisemna	12	74	38	124
Współdecydowanie	123	45	41	209
Pytanie o opinię	63	118	82	263
Powierzanie odpowiedzialnych zadań	48	17	29	94
Pozostawienie swobody działania	192	29	40	261
Kontrola mojej pracy	2	70	4	76
Nie wiem	0	31	1	32
Nic	0	23	4	27
Inne	2	13	0	15
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Kilka osób, uznało, że nie wiedzą jakimi narzędziami posługuje się ich przełożony. Niestety nie da się w pełni obiektywnie stwierdzić, czy wskazali stan faktyczny, czy tylko nie bardzo przyłożyli się do wypełnienia ankiety.

W momencie zebrania informacji o preferowanych przez menedżerów narzędziach oddziaływania na pracowników, można podjąć próbę oceny ich skuteczności. Także tu oparto się na opiniach pracowników, którzy uznali, że generalnie przełożeni starają się pobudzać ich zadowolenie z pracy wykorzystując w tym celu różne narzędzia zarządzania. Tylko 9% respondentów stwierdziło przeciwnie. Natomiast ocena efektywności działań menedżerów jest zróżnicowana. Najwięcej respondentów uznało, że narzędzia wykorzystywane przez przełożonego są skuteczne – 635, ich skuteczność na poziomie przeciętnym oceniło 376, a na trzecim miejscu znaleźli się ci, którzy uznali, iż są w pełni skuteczne – 271 respondentów. Na uwagę zasługuje, że wśród poszczególnych grup zawodowych nie występują istotne różnice w ocenie (tab. 5). Tylko niewielkie odstępstwo dotyczy lekarzy i pozostałych zawodów medycznych. Pierwsi, nieco częściej niż pozostałe grupy zawodowe, ocenili skuteczność stosowanych narzędzi jako przeciętną (207 wskazań, 43%).

Tabela 5. Ocena skuteczności stosowanych narzędzi zarządzania

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarze	pielęgniarki/ położne	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni skuteczne	54	107	110	271
Silnie skuteczne	116	322	197	635
Przeciętnie skuteczne	207	139	30	376
Słabo skuteczne	81	18	18	117
Nieskuteczne	23	49	9	81
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Z kolei, odpowiadający z pozostałych grup zawodów medycznych, nieco częściej wskazywani na pełną skuteczność stosowanych narzędzi

(110 wskazań, 30%). Tylko 81 respondentów (5%) uznało, że wykorzystywane przez przełożonych narzędzia wcale nie przyczyniają się do wzrostu ich zadowolenia z pracy.

Kolejnym istotnym czynnikiem przyczyniającym się do zadowolenia z pracy, który został poddany analizie, jest zachowanie przełożonego wobec podwładnych, zwłaszcza dostrzeganie przez niego wysiłków służących uzyskiwaniu jak najlepszych wyników pracy. W badaniu podjęto próbę stwierdzenia w jakim stopniu menedżerowie wykorzystują ten element we współpracy z podwładnymi. Niestety, odpowiedzi badanych pozwalają stwierdzić, iż wśród menedżerów ochrony zdrowia dostrzeganie wysiłków i zaangażowania współpracowników w realizację zadań należy do rzadkości. Aż 596 respondentów uznało, że rzadko przełożeni dostrzegają, lub informują o tym, że dostrzegają, wysiłki i starania podwładnych, a 533 wręcz stwierdziło, iż ich menedżerowie nie dostrzegają tego wysiłku zazwyczaj, lub wcale. Jedyną grupą zawodową, której przedstawiciele prezentowali inne stanowisko są lekarze, ich starania i wysiłki są zazwyczaj, lub często, dostrzegane i chwalone przez przełożonych (tab. 6).

Tabela 6. Dostrzeganie przez przełożonego wysiłku wkładanego w pracę pracowników zawodów medycznych

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarze	pielęgniarki/ położne	pozostałe gr. zawodowe	
Zawsze dostrzega	93	29	20	142
Zazwyczaj dostrzega	91	63	55	209
Rzadko dostrzega	92	292	212	596
Zazwyczaj nie dostrzega	109	237	49	395
Wcale nie dostrzega	96	14	28	138
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Jeżeli menedżer w procesie ZZL unika wzmocnień pozytywnych oraz nie przedstawia swej opinii o ocenie efektów pracy podwładnych, motywacji można poszukiwać w jego zachowaniach związanych z okazywaniem pra-

cownikowi szacunku i uznania. Dlatego, w dalszej kolejności, o tę właśnie kwestię zostali zapytani pracownicy biorący udział w ankiecie.

Ponad 70% badanych uważa szacunek i uznanie przełożonego za silny bodziec przyczyniający się do satysfakcji z pracy, a zdaniem tylko 4% badanych, uznanie i szacunek słabo, lub wcale, nie wpływają na ich zadowolenie. Zgodnie z oczekiwaniami, pełna zgodność w tym zakresie, widoczna jest w opiniach wszystkich grup zawodowych (tab. 7).

Nieznacznie wyróżniają się tylko pracownicy pozostałych zawodów medycznych, którzy najczęściej wskazywali, iż takie uznanie w pełni przyczynia się do kształtowania ich satysfakcji z pracy. Pozostałe grupy zawodowe, preferowały stwierdzenie: silnie buduje satysfakcję z pracy, odpowiednio: 176 lekarzy (37%) oraz 357 pielęgniarek i położnych (56%).

Tabela 7. Wpływ szacunku i uznania przełożonego na satysfakcję z pracy respondentów

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarze	pielęgniarki/ położne	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni przyczynia się	117	145	177	439
Silnie przyczynia się	176	357	88	621
Przeciętnie przyczynia się	138	123	93	354
Słabo przyczynia się	37	7	5	49
Nie przyczynia się wcale	13	3	1	17
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Jeżeli w środowisku pracy brakuje, lub jest zbyt mało, bodźców płynących ze strony menedżerów, wzmocnieniem dla zadowolenia z pracy może być uznanie i szacunek współpracowników. Tak właśnie dzieje się w badanych placówkach ochrony zdrowia (tab. 8).

Tabela 8. Wpływ uznania i szacunku współpracowników na zadowolenie z pracy

Opinia respondentów	Zawód			Liczba wskazań
	lekarze	pielęgniarki/ położne	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni przyczynia się	12	87	43	142
Silnie przyczynia się	170	269	217	656
Przeciętnie przyczynia się	194	91	51	336
Słabo przyczynia się	33	160	48	241
Nie przyczynia się wcale	72	28	5	105
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Tylko 23% wszystkich uczestników badania stwierdziło, że uznanie współpracowników nie stanowi dla nich bodźca przyczyniającego się do zadowolenia z pracy, lub przyczynia się w niewielkim stopniu. Dla większości – 798 osób (54%) jest to, co najmniej, silnie działający bodziec. Jeśli analizuje się odpowiedzi pracowników poszczególnych grup zawodowych, to stosunkowo największe zaskoczenie może budzić rozkład odpowiedzi pielęgniarek i położnych. Zaskakująco duża ich część uznała, że takie uznanie słabo wpływa na ich zadowolenie z pracy – 160 wskazań (25%)

Najmniejsze zróżnicowanie odpowiedzi widoczne jest wśród przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych. Tu, proporcjonalnie największą grupę badanych stanowią ci, którzy stwierdzili, iż uznanie i szacunek współpracowników są silnie satysfakcjonującymi bodźcami – 217 wskazań (60%), następnie, z niewielką różnicą głosów, znalazły się kategorie: przeciętnie, słabo i w pełni. Wśród lekarzy, duża część respondentów stwierdziła, że opinia współpracowników w najmniejszym stopniu nie przyczynia się do budowy ich zadowolenia z pracy – 72 osoby, co daje 15% ogółu ankietowanych lekarzy, natomiast w pełni daje zadowolenie tylko 12 z nich (2%).

Ostatnia, poddana analizie kwestia, dotyczy samooceny zadowolenia z pracy uczestników badania. W prawdzie, część badaczy uznaje, że pytanie wprost o poziom satysfakcji z pracy nie daje w pełni wiarygodnego wyniku, ale jeśli założyć się, że nie jest to podstawowe, czy jedyne, źródło

informacji, a kontrolne, lub uzupełniające, dotychczasową wiedzę, jego analiza staje się w pełni zasadna. Stąd także prezentowane opracowanie zostanie zakończone analizą samooceny (tab. 9).

Tabela 9. Autoocena zadowolenia z pracy respondentów

Poziom zadowolenia	Zawód			Liczba wskazań
	lekarz	pielęgniarka/ położna	pozostałe gr. zawodowe	
W pełni zadowolony	216	174	97	487
Zadowolony	138	238	125	501
Raczej nie zadowolony	87	202	109	398
Nie zadowolony	21	13	23	41
W pełni niezadowolony	19	8	10	37
Suma	481	635	364	1480

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego

Nie trzeba być specjalnie biegłym w matematyce, by już na pierwszy rzut oka stwierdzić wysoki poziom zadowolenia z pracy wśród uczestników badania – 988 osób (67%), przy 439 niezadowolonych (30%). Najliczniejszą grupą zadowolonych są lekarze – 354, czyli prawie $\frac{3}{4}$ z nich. W pozostałych grupach zawodów, jest już nieco mniej osób optymistycznie oceniających swą satysfakcję, odpowiednio – 412 pielęgniarek i położnych (65%) i 222 pracowników pozostałych zawodów medycznych (61%).

Należy także zwrócić uwagę, na to, że w przypadku obu tych kategorii duża liczba osób uznała, iż raczej nie jest zadowolona z pracy – 202 pielęgniarki (32%) i 109 (30%) pracowników pozostałych zawodów medycznych, podczas, gdy wśród lekarzy tylko 87 osób (18%) w taki sposób oceniło własną satysfakcję z pracy. Jednocześnie, na uwagę zasługuje także fakt, że wśród pielęgniarek i położnych jest najmniejsza liczba badanych niezadowolonych i w pełni niezadowolonych z pracy – 21 (3%), lekarzy niezadowolonych jest już 40 (8%), a pozostałych pracowników 33 (9%). Ostatecznie można stwierdzić, że wśród badanych dominują pozytywne postawy wobec pracy i wynikających z niej obowiązków zawo-

dowych oraz zadowalający poziom satysfakcji z pracy, co daje podstawę do stwierdzenia, że w ślad za nimi powinny iść wysoka efektywność pracy oraz satysfakcja z życia prywatnego.

6. Podsumowanie

Zaprezentowana w opracowaniu analiza badania ankietowego pozwala w pełni odnieść się do przyjętych założeń. Zgodnie z przewidywaniem, istotny, pozytywny, wpływ na satysfakcję z pracy pracowników zawodów medycznych ma wykonywany przez nich zawód i prestiż, jaki temu zawodowi jest przypisywany. Na ten temat opinie wszystkich badanych grup zawodowych były zgodne. Badani wysoko ocenili także rolę pozycji zawodowej w kształtowaniu zadowolenia z pracy. Jedyną grupą, która ocenia swą pozycję zawodową jako nie w pełni satysfakcjonującą, są lekarze.

Nie mniej istotne znaczenie dla budowania satysfakcji z pracy mają relacje między badanymi oraz ich przełożonymi i współpracownikami. Dużą rangę pracownicy nadają narzędziom zarządzania, jakimi posługują się menedżerowie, jednocześnie zwracając uwagę na niewielką liczbę narzędzi faktycznie wykorzystywanych w zarządzaniu pracownikami zawodów medycznych oraz nie zawsze trafny ich wybór, w stosunku do oczekiwań i potrzeb pracowników, szczególnie silnie akcentowały tę kwestię pielęgniarki i położne. Zwrócić uwagę należy także na znaczenie okazywania uznania i szacunku przez przełożonego i współpracowników (wyjątkiem są tu lekarze), jako czynnika budującego i wzmacniającego zadowolenie z pracy respondentów.

Wreszcie, należy także odnotować wysoką ocenę własnej satysfakcji z pracy wśród badanych, co natomiast powinno znaleźć przełożenie na satysfakcję pacjenta z usług oferowanych przez personel medyczny w badanych placówkach.

Oczywiście prezentowane badanie nie ma charakteru wyczerpującego, ale wskazuje rangę i istotność poruszanych w nim problemów, tym samym należy uznać, za zasadne jego kontynuowanie.

Bibliografia

- Balcar B., Borkowska A., Czerw A., Gąsiorowska A. (2011) *Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną*. GTP, Gdańsk.
- Błońska A. *Satysfakcja z pracy nie wpływa na wydajność*. <http://kopalniawiedzy.pl> (odczyt 20.02.2011).
- Diagnoza organizacji poprzez badanie satysfakcji pracowników*. (1999) Oferta WGK Audyt Personalny, Warszawa.
- Jude T.A., Thoresen C.J., Bono J.E., Patton G.K. (2001) *The Job Satisfaction – Job Performance Relationship: A Qualitative and Quantitative Review*. Psychological Bulletin Vol 127, No. 3
- Kinnie N., Hutchinson S., Purcell J., Raylon B., Swart J. (2005) *Satisfaction whit HR practices and commitment to the organization: why one size does not fit All*. Human Resource Management Journal, Vol. 15, No 4.
- Schulz D.P., Schulz S.E. (2002) *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*. PWN, Warszawa
- www.bankier.pl *Satysfakcja i zaangażowanie pracowników źródłem sukcesu firmy – Model Hesketta* (odczyt 25.02.2012).

Monika Matecka, Maria D. Głowacka, Ewa Jakubek*

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kompetencje społeczne jako element kompetencji zawodowych menedżerów

Social competence as an element of managers' professional competence

Abstract: The challenges which the senior management faces oblige this group to a constant development of diverse competence - both the hard one (specialist knowledge and professional skills), which guarantee accomplishing specific tasks in a particular job, and the soft one enabling skilful management of oneself and other people in the working environment. Sociopsychological competence, such as, among others, the ability to convey information, establish relations and build long-lasting relationships, exert an influence or solve conflicts, should be treated as a vital individual source, an exquisitely important - if not a key factor enabling a skilful fulfilment in the occupational role and achievement of the organisation's aims. A shortage in the scope of social competence significantly limits the possibility of an individual's feeling satisfaction, whose source may be professional activeness, and this is not without influence on the functioning of a particular organisation. Developing and improving specific emotional and social skills should be, therefore, one of the elements taken into consideration in planning a career path.

Key words: scope of competence, social competence, manager

1. Wstęp

Podjęcie i realizowanie się w roli zawodowej jest jednym z ważniejszych wymiarów funkcjonowania człowieka w okresie dorosłości. Praca odpowiadająca możliwościom poznawczym i emocjonalnym jednostki

* Katedra Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu.

jest źródłem poczucia satysfakcji, umożliwia zaspokojenie różnorodnych potrzeb oraz sprzyja rozwojowi osobowości. Sprostanie wyzwaniom wpisanym w aktywność zawodową wymaga od człowieka posiadania określonego repertuaru kompetencji.

We współczesnych organizacjach obserwuje się zjawisko określane mianem transformacji „krajobrazu emocjonalnego” [Penc, 2007, s. 152]. Szybkie tempo przemian cywilizacyjnych i ukierunkowanie na rozwój społeczeństwa informacyjnego oraz nasilanie się tendencji integracyjnych i globalizacyjnych wpłynęły na zmianę kryteriów oceny jakości i efektywności pracy [Pająk, Zduniak, 2003, s. 176]. Coraz większą uwagę przywiązuje się mianowicie do takiego zasobu pracowników, jakim są kompetencje społeczno-psychologiczne (miękkie). Kompetencje te są niezbędne na każdym stanowisku pracy, na wszystkich szczeblach zarządzania, jednakże za szczególnie ważne uznaje się je w przypadku osób spełniających funkcje kierownicze, w istotę których wpisane jest skuteczne zarządzanie zespołem ludzi. Kompetencje psychospołeczne ułatwiają funkcjonowanie w warunkach silnej konkurencyjności i nieustannej presji związanej zarówno z koniecznością osiągania wysokich wyników, jak i uwzględniania potrzeb, oczekiwań innych ludzi (klientów, podwładnych współpracowników, inwestorów). Rozwijanie i doskonalenie obu rodzajów kompetencji – zarówno twardych (specjalistyczna wiedza i umiejętności), jak i miękkich – umożliwia menedżerom skuteczne realizowanie konkretnych czynności zawodowych, a w szerszej perspektywie – warunkuje przetrwanie danej organizacji na rynku i sprzyja zwiększeniu jej efektywności. Deficyty w zakresie kompetencji psychospołecznych utrudniają przewidywanie i oddziaływanie na zachowania i postawy ludzi w środowisku pracy. W konsekwencji ograniczają możliwości menedżera w zakresie wykorzystywania twórczego potencjału pracowników na rzecz organizacji, co utrudnia jej rozwój i osiągnięcie założonych celów.

2. Kompetencje społeczne a inne rodzaje kompetencji zawodowych

Kompetencje zawodowe obejmują wiedzę, umiejętności i postawy niezbędne do wykonywania określonego zawodu i realizowania związanych z nim obowiązków na określonym poziomie [Smółka, 2008,

s. 36]. Jednym z elementów kompetencji zawodowych, istotnych szczególnie w przypadku pracy z innymi ludźmi (odbiorcami usług), są kompetencje społeczne. J. Borkowski [2003, s. 108] definiuje je jako pewien spójny i funkcjonalny zestaw takich elementów, jak: wiedza, doświadczenie, wyposażenie osobowościowe, zdolności i umiejętności, które umożliwiają człowiekowi budowanie twórczych relacji i związków z innymi osobami, aktywne funkcjonowanie w obrębie różnych grup społecznych, pełnienie wielu ról społecznych i efektywne rozwiązywanie wspólnych problemów. M. Adamiec i B. Kożusznik [2001, s. 167–168] podają natomiast znacznie węższą definicję kompetencji społecznych, ujmując je jako umiejętności umożliwiające skuteczne, a jednocześnie nieagresywne i nacechowane życzliwością, rozwiązywanie różnych trudnych sytuacji i problemów pojawiających się w kontaktach z ludźmi. Podobnie uważa P. Smółka [2008, s. 36], zdaniem którego kompetencje społeczne to umiejętności umożliwiające człowiekowi sprawne zarządzanie sobą i zapewniające mu wysoką skuteczność w kontaktach interpersonalnych. Skuteczność interpersonalną rozumieć należy z kolei jako zdolność i chęć do uruchamiania takich reakcji (zachowań), które postrzegane są jako pożądane, adekwatne i skuteczne w różnych sytuacjach interpersonalnych i związanych z nimi wyzwaniach, i które umożliwiają jednostce zaspokojenie określonych potrzeb psychospołecznych (aprobaty, statusu, uznania, szacunku) [Smółka, 2008, s. 35]. P. Smółka [2008, s. 37] wyróżnia pięć głównych rodzajów kompetencji zawodowych, mianowicie: *kompetencje twarde* (techniczne), obejmujące specjalistyczną wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania pracy na danym stanowisku; *kompetencje poznawcze* – związane z umiejętnością gromadzenia i przetwarzania informacji, analizowania i opracowywania danych, formułowania wniosków oraz wykorzystywania ich w projektowanych działaniach; *kompetencje językowe* – tj. umiejętność poprawnego i biegłego posługiwania się językiem ojczystym oraz językami obcymi; *kompetencje fizyczne* – czyli kondycja fizyczna i stan zdrowia oraz *kompetencje społeczne (miękkie)* – ułatwiające jednostce efektywne wykorzystywanie wszelkich innych posiadanych przez nią kompetencji.

Kompetencje społeczne można ujmować także jako element kompetencji uniwersalnych, specyficznych oraz osobistych. *Kompetencje uniwersalne* to takie, które wymagane są od wszystkich lub niemal wszystkich

osób zatrudnionych w danej organizacji (np. lojalność, uczciwość, zdolność do współpracy), *kompetencje specyficzne* są niezbędne do realizowania roli pracownika tylko w niektórych zawodach, specjalnościach czy na określonych stanowiskach (np. nawiązywanie i podtrzymywanie długofalowych relacji z klientami, przygotowanie i prowadzenie negocjacji, zarządzanie strategiczne, zarządzanie konfliktami w przypadku menedżerów wyższego szczebla) [Oleksyn, 2006, s. 30]. *Kompetencje osobiste* z kolei to wiedza, zdolności i umiejętności stanowiące indywidualny potencjał jednostki – zasoby posiadane przez nią, ale niewykorzystywane w jej aktywności zawodowej [Oleksyn, 2006, s. 31].

3. Kompetencje społeczne jako istotny zasób osobisty menedżera

Kompetencje, niezależnie od ich rodzaju, można ujmować także jako element zasobów osobistych. Zasoby to takie aspekty funkcjonowania menedżera, które pozwalają mu odpowiadać na wyzwania, jakie napotyka w różnych sytuacjach interpersonalnych. Zasoby umożliwiają formułowanie planów życiowych oraz realizację wytyczonych celów i indywidualnych dążeń, a tym samym sprzyjają zaspokojeniu potrzeb (materialnych, psychospołecznych, duchowych). Osobiste zasoby menedżera obejmują m.in. jego wrodzone zdolności intelektualne, konstruktywne strategie radzenia sobie ze stresem, wysoki poziom samoświadomości czy umiejętność znajdowania oparcia w sobie. Do zasobów osobistych menedżera należą także umiejętności związane z wywieraniem wpływu, komunikowaniem się, motywowaniem itp., niezbędne z uwagi na pełnione przez niego funkcje. Mówiąc o kompetencjach społecznych należy odnieść się do konkretnych umiejętności umożliwiających menedżerowi zarówno skuteczne zarządzanie sobą, jak i innymi ludźmi. Zdaniem B. Kozusznik [2002, s. 166], zarządzanie sobą ukierunkowane jest m.in. na wzmacnianie rozumienia własnych pragnień i interesów, realizowanie siebie (swoich zdolności, możliwości twórczych), wzmacnianie własnej autonomii i odrębności, formułowanie i osiąganie celów osobistych, przy jednoczesnym pozostawaniu w harmonii z innymi ludźmi i uwzględnianiu konkretnych warunków czy okoliczności, które również

mogą wywierać istotny wpływ na urzeczywistnianie dążeń i zamierzeń jednostki.

W procesie zarządzania sobą istotną rolę odgrywają przede wszystkim takie umiejętności, jak: samoregulacja – czyli panowanie nad emocjami (lękiem, gniewem, złością) oraz wzbudzanie w sobie motywacji do uczenia się, działania i dokonywania zmian – czyli ukierunkowywanie energii na określone cele i projektowanie skutecznych strategii ich osiągnięcia.

W zarządzaniu sobą pomocne są także następujące cechy menedżera:

- adekwatna samoocena – oparta na rozpoznaniu własnych mocnych i słabych stron (możliwości i ograniczeń);
- krytycyzm – umiejętność zachowania dystansu wobec własnych pomysłów, projektów, idei;
- wiara w siebie – będąca źródłem siły w podejmowaniu trudnych (często kontrowersyjnych lub transgresyjnych) decyzji; umożliwia ona obronę własnego stanowiska w sytuacjach presji, oporu lub dezaprobaty otoczenia; pozwala koncentrować się na własnych mocnych stronach (przy jednoczesnym dostrzeganiu swoich słabości); wyraża się w dbaniu o siebie i szacunku do siebie samego;
- samoskuteczność – przekonanie, że podejmowany wysiłek okaże się skuteczny, a zatem należy czynić wszystko, co jest konieczne, aby uzyskać pożądaný wynik.

Poniżej scharakteryzowano najważniejsze umiejętności interpersonalne, zapewniające menedżerowi skuteczność w działaniu i umożliwiające mu osiągnięcie założonych celów w kontaktach z innymi ludźmi. Jedną z takich umiejętności jest *nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu* (z podwładnymi, przełożonymi, odbiorcami usług). Istotną rolę odgrywa w tym kontekście zjawisko określane jako „pierwsze wrażenie”, które kształtuje się w ciągu kilku bądź kilkunastu pierwszych sekund interakcji. Pierwsze wrażenie opiera się na takich elementach, jak wygląd i zachowanie rozmówcy (zarówno werbalne, jak i niewerbalne). Informacje odbierane za pomocą różnych zmysłów podlegają szybkiemu przetwarzaniu i stają się podstawą wyciągania wstępnych wniosków na temat drugiej osoby. Należy dodać, że pierwsze wrażenie ma charakter wyjątkowy, ponieważ trudno jest je zmienić, szczególnie jeśli było ono negatywne, choć oczywiście istnieje możliwość uaktualniania napływających

sygnałów (wizualnych i słownych). W procesie nawiązywania i podtrzymywania kontaktu kluczowe znaczenie mają m.in. takie reakcje i zachowania menedżera, jak: ustalenie właściwego dystansu fizycznego (takiego, który zapewnia rozmówcom komfort w trakcie rozmowy, a więc nie jest ani zbyt mały, ani nadmierny), utrzymywanie kontaktu wzrokowego, zwrócenie ciała w kierunku rozmówcy, reagowanie zmianami w wyrazie twarzy (zmiany mimiki powinny odzwierciedlać rodzaj i intensywność emocji wyrażanych przez rozmówcę). Równie ważne są także określone zachowania werbalne, takie jak np. inicjowanie rozmowy czy używanie imienia i nazwiska podwładnych, klientów (przy jednoczesnym wystrzeganiu się zbytnej poufałości). Drugą niezbędną umiejętnością to właściwe *motywowanie* – czyli wpływanie na zachowania ludzi po to, by podejmowali czynności pożądane z punktu widzenia organizacji, a jednocześnie – korzystne dla nich samych z uwagi na to, że pozwalają im uzyskać określone wartości bądź uniknąć sytuacji trudnych (zagrożających, frustrujących). W procesie motywowania pracowników menedżer powinien wykorzystywać pewne zasady psychologiczne, takie jak np.: *zasada motywowania pozytywnego* – oparta na założeniu, że stosowanie nagród jest bardziej skuteczne niż karanie; *zasada uwzględniania motywu samorealizacji* – zgodnie z którą, zadania złożone i odpowiedzialne dają jednostce większą możliwość zaspokojenia potrzeb wzrostu; *zasada różnicowania* – polegająca na tym, że rodzaj motywowania oraz rodzaj i wielkość nagród motywacyjnych powinien uwzględniać konkretne oczekiwania i aspiracje pracowników; *zasada niewielkiej odległości czasowej* – między wykonaniem zleconego zadania a uzyskaniem wynagrodzenia z tego tytułu (szybkie gratyfikowanie pracowników sprzyja wprowadzaniu przez nich – korzystnych z punktu widzenia organizacji – zmian w zachowaniu); *zasada widoczności wpływu pracownika na efekty wykonywanej przez niego pracy* – zakłada, że pracownik odpowiada za wyniki, które zależą bezpośrednio od niego, co oznacza, że niezbędne jest precyzyjne określenie zakresu czynności, kompetencji i odpowiedzialności każdej osoby zatrudnionej w organizacji (zasada ta zapobiega wystąpieniu zjawiska „rozproszenia odpowiedzialności”) [Penc, 2007, s. 195–196].

Skuteczne motywowanie pracowników wymaga od menedżera zarówno wiedzy (w dużej mierze z zakresu psychologii i socjologii zarzą-

dzania), jak i zindywidualizowanego podejścia do osób, którymi zarządza. Niezbędne w tym kontekście są także jego zasoby, jak m.in. umiejętność obserwacji reakcji i zachowań pracowników, pozwalająca rozpoznać indywidualną strukturę potrzeb konkretnej osoby i wybrać najbardziej odpowiedni sposób jej motywowania. Ocena efektów pracy powinna uwzględniać bowiem nie tylko kwalifikacje i zakres obowiązków, ale także predyspozycje pracownika [Penc, 2001, s. 256].

Rozbudzanie i podtrzymywanie motywacji związane jest także z inną niezbędną umiejętnością menedżera – mianowicie *wywieraniem wpływu*. Wpływ społeczny definiuje się jako wywoływanie zmiany w zachowaniu danej osoby. Zmiana ta może powstać przy tym zarówno w wyniku rzeczywistego, jak i wyobrażonego nacisku innej osoby [Kenrick i inni, 2002, s. 286].

Do najczęściej stosowanych sposobów wpływania na innych należą: wyrażanie bezpośrednich próśb, pochwały, pozytywne i negatywne wzmocnienia (nagrody i kary), wymiana (mająca charakter swoistej umowy, w której każda ze stron uzyskuje określoną korzyść), werbalne i niewerbalne uznanie (wyrażane za pomocą komunikatów typu: „Jestem wdzięczny, że...” oraz elementów komunikacji niejęzykowej, takich jak np. uścisk dłoni, uśmiech itp.). Efekt w postaci zmiany zachowania przynoszą także takie strategie, jak: modelowanie (służenie własnym przykładem), inspirowanie (czyli wzbudzenie entuzjazmu pracownika w odniesieniu do jakiegoś zadania), racjonalne przekonywanie (wyrażanie próśb z jednoczesnym odwołaniem się do własnej wiedzy), konsultacja (umożliwienie pracownikowi współudziału w podejmowaniu decyzji), wykorzystywanie wsparcia ze strony innych osób (w sytuacjach, gdy menedżer nie ma możliwości bezpośredniego oddziaływania na zachowanie danej osoby), stosowanie realnych gróźb (w sytuacji, gdy wszystkie inne techniki okazały się nieskuteczne) [Penc, 2001, s. 239–242].

Warto dodać, że menedżer nie tylko wywiera wpływ na swoje otoczenie, ale w niektórych uzasadnionych sytuacjach może poddawać się oddziaływaniu innych ludzi (np. swoich podwładnych). Uleganie musi mieć jednak charakter świadomy i zamierzony, w przeciwnym wypadku menedżer będzie postrzegany jako osoba niezdecydowana i pozbawiona pewności siebie [Borkowski, 2003, s. 118].

Trzeba podkreślić, że wywieranie wpływu odróżnić należy od oddziaływań manipulacyjnych. Manipulacja oznacza bowiem posługiwanie się innymi ludźmi jako narzędziami do osiągnięcia własnych celów. Jest takim rodzajem kontaktu między dwiema osobami, w którym jedna z nich oddziałuje na emocje, uczucia, myślenie i zachowanie drugiej bez jej świadomego przyzwolenia, co pozwala manipulatorowi uzyskać konkretne korzyści materialne lub społeczne (np. uznanie, zaszczyty), narażając jednocześnie osobę będącą przedmiotem manipulacji na różnego rodzaju przykrości i straty [Grzywa, 2002, s. 4–5].

Kolejną z kluczowych umiejętności menedżera jest *umiejętność tworzenia i prowadzenia zespołu oraz kształtowania atmosfery współpracy*. Potrzeba współpracy między osobami zatrudnionymi w danej organizacji jest tym większa, im większa jest organizacja i im bardziej złożone są istniejące w niej relacje wewnętrzne i zewnętrzne [Oleksyn, 2006, s. 83].

Kształtowaniu atmosfery współpracy sprzyja partnerski styl stosunków interpersonalnych i komunikacji, jasno określone, czytelne zasady funkcjonowania w grupie oraz gotowość menedżera do udzielania podwładnym wsparcia (informacyjnego, instrumentalnego, emocjonalnego) i zachęcanie ich do świadczenia sobie wzajemnej bezinteresownej pomocy w rozwiązywaniu problemów. Budowanie skutecznych zespołów i przewodzenie nimi jest jedną z najtrudniejszych umiejętności przywódczych. Sprostanie temu wyzwaniu wymaga od menedżera następujących umiejętności [Borkowski, 2003, s. 128–129]: stosowania otwartej i bezpośredniej komunikacji interpersonalnej; konstruktywnego rozwiązywania konfliktów; rzeczowego i wyrazistego przedstawiania opinii, potrzeb i oczekiwań zespołu w kontaktach z przełożonymi na wyższym szczeblu kierowania; identyfikowania zasobów członków zespołu; udzielania podwładnym pomocy w trudnych sytuacjach zawodowych i prywatnych oraz obniżania napięcia emocjonalnego podwładnych w sytuacjach stresu.

Istotną rolę w kierowaniu odgrywa *autoprezentacja* rozumiana jako proces kontrolowania własnego wizerunku publicznego [Leary 2000, s. 14]. Konstruowanie określonego obrazu własnej osoby służy trzem podstawowym celom: zyskaniu sympatii, uchodzeniu za osobę kompetentną oraz demonstrowaniu własnego statusu i władzy [Kenrick i inni, 2002, s. 226–227].

Wzbudzaniu społecznej aprobaty służy np. tworzenie lub podkreślanie podobieństwa do innych osób, prezentowanie siebie jako osoby atrakcyjnej fizycznie, wyrażanie pochlebstw, uśmiechanie się, kreowanie skromności. Wrażenie kompetencji buduje się za pomocą strategii promowania siebie, których istotą jest opisywanie, przytaczanie własnych osiągnięć. W tworzeniu wizerunku osoby posiadającej wysoki status społeczny pomocne jest: wykorzystywanie elementów otoczenia (aranżacja gabinetu, oświetlenie, kolorystyka, rekwizyty w postaci wysokiej klasy sprzętu elektronicznego itp.) oraz sygnałów niewerbalnych (wyraz twarzy, postawa ciała, częstotliwość dotykania innych, sposób patrzenia, gestykulacja, ubiór itp.), jak również manifestowanie związków z ważnymi osobami [Wosińska, 2004, s. 92–95].

Warto dodać, że ludzie różnią się poziomem wrażliwości na sygnały płynące z otoczenia społecznego. I tak, osoby o wysokiej obserwacyjnej kontroli zachowania ujawniają biegłość w rozpoznawaniu i dostosowywaniu się do oczekiwań otoczenia i wymogów sytuacji, trafnie odczytują ekspresję emocjonalną innych ludzi i potrafią wykryć próby manipulacji, co być może przyczynia się do tego, że częściej osiągają oni pozycje przywódcze [za: D.T. i inni, 2002, s. 186–187].

Komunikacja stanowi podstawowe narzędzie pracy menedżera. Jakość komunikacji wywiera wpływ na różne aspekty funkcjonowania zawodowego ludzi – poziom motywacji i zaangażowania w wykonywanie określonych zadań, zadowolenie z pracy, relacje interpersonalne w środowisku pracy. Jak zauważa bowiem T. Oleksyn [2006, s. 80], komunikacja służy nie tylko przekazywaniu informacji niezbędnych dla realizacji danej czynności zawodowej, ale często także – kształtuje rzeczywistość, uruchamia bądź blokuje określone działania, skłania do refleksji i samodzielnego poszukiwania rozwiązań, inspiruje i burzy dotychczasowy sposób postrzegania rzeczy i zjawisk. Istotą sprawnej i skutecznej komunikacji jest przekazywanie informacji w sposób zrozumiały dla wszystkich osób uczestniczących w rozmowie. W tym kontekście menedżer powinien posiadać zarówno kompetencję językową (rozumianą jako zdolność/umiejętność posługiwania się językiem), jak i kompetencję komunikacyjną, czyli zdolność posługiwania się językiem w sposób dostosowany do danej sytuacji i odbiorcy [Kurcz, 2002, s. 246].

Kompetentny komunikacyjnie menedżer posiada zatem m.in. następujące cechy i umiejętności [Borkowski, 2003, s. 129–130]:

- zna i stosuje różne funkcje i formy komunikacji werbalnej (ustnej i pisemnej);
- zna i uwzględnia różne funkcje i formy komunikacji niewerbalnej (mimika, postawa ciała i gestykulacja, zachowania wzrokowe, przestrzenne itp.);
- preferuje partnerski styl komunikacji;
- dostosowuje treść i formę komunikatu do możliwości percepcyjnych rozmówcy;
- zna i wykorzystuje zarówno walory języka formalnego, jak i właściwości języka potocznego;
- dąży do tego, by być osobą atrakcyjną komunikacyjnie;
- identyfikuje i ogranicza bądź eliminuje czynniki zakłócające komunikację;
- rozpoznaje i próbuje przezwyciężyć własne ograniczenia komunikacyjne (związane np. ze skłonnością do krytykowania, moralizowania, pouczenia, osądzania itp.)

Mówiąc o kompetencjach menedżera w zakresie komunikowania się z ludźmi w środowisku pracy, należy podkreślić także znaczenie *aktywnego słuchania*, które obejmuje następujące umiejętności:

- *parafrazowanie* – czyli powtarzanie, co pewien czas, fragmentów wypowiedzi drugiej osoby w celu upewnienia się, czy jej intencje zostały właściwie zrozumiane (*Jeśli dobrze Pana zrozumiałem, to...*);
- *odzwierciedlanie* – tzn. odnoszenie się do stanu emocjonalnego, nastroju drugiej osoby w danej chwili (*Mam wrażenie, że niepokoi Panią...*);
- *dowartościowywanie* – tj. pokazanie rozmówcy, że jego zaangażowanie, wysiłki i działania zostały docenione (*Dostrzegam Pana wkład w przygotowanie tego szkolenia*);
- *klaryfikowanie* – czyli skupianie się na istocie problemu, najważniejszych sprawach, kluczowych kwestiach (*Zdaję sobie sprawę, że musimy rozwiązać ten problem, co wobec tego Pani proponuje?*);
- *potwierdzanie słuchania* za pomocą zachęt niejęzykowych (potakiwanie ruchem głowy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego oraz umiejętne wykorzystywanie przerw w rozmowie, świadczące o cierpliwości i gotowości do słuchania) oraz zachęt słownych, które obejmują wy-

rażenia typu „tak”, „aha”, „rozumiem”, wtrącane z odpowiednią modulacją w trakcie rozmowy.

Duże znaczenie w kształtowaniu przez menedżera relacji w środowisku pracy mają również takie jego dyspozycje i umiejętności, dzięki którym potrafi on rozpoznawać, rozumieć i przewidywać emocje, uczucia i potrzeby własne oraz innych ludzi. Skuteczne zarządzanie ludźmi wymaga bowiem od menedżera:

- okazywania podwładnym zrozumienia i życzliwości,
- formułowania wypowiedzi rozumiejących i wspierających,
- przyjmowania perspektywy innej osoby, spoglądania na problem czy sytuację z jej punktu widzenia,
- poszanowania odmienności, akceptacji faktu istnienia różnic indywidualnych oraz kulturowych w myśleniu, zachowaniach i zwyczajach pracowników,
- konstruktywnego rozwiązywania konfliktów interpersonalnych.

4. Zakończenie

Wielu menedżerów charakteryzuje wysoki poziom kompetencji zawodowych (konceptyjnych, organizacyjnych, kontrolnych, technicznych, analitycznych, czy decyzyjnych), a mimo to ich skuteczność w zarządzaniu ludźmi jest niewielka. Jedną z przyczyn tego zjawiska mogą być niewystarczająco rozwinięte kompetencje społeczne. Skuteczne i satysfakcjonujące funkcjonowanie w określonych rolach społecznych i sytuacjach zadaniowych w środowisku pracy wymaga zatem od menedżera stałej gotowości do uczenia się i zmiany. Nabywanie i doskonalenie specyficznych umiejętności emocjonalnych i społecznych winno być w związku z tym jednym z elementów uwzględnianych w projektowaniu ścieżki kariery zawodowej.

Bibliografia

- Adamiec M., Kożusznik B. (2001), *Sztuka zarządzania sobą*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Borkowski J. (2003), *Podstawy psychologii społecznej*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa.
- Grzywa A. (2002), *Pułapki manipulacji*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

- Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B. (2002), *Psychologia społeczna*, GWP, Gdańsk.
- Kożusznik B.: (2002), *Psychologia zespołu pracowniczego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Kurcz I. (2002), *Język i komunikacja*, [w:] *Psychologia*, tom 2, J. Strelau (red.), GWP, Gdańsk.
- Leary M. (2000), *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, GWP, Gdańsk.
- Oleksyn T. (2006), *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza, Kraków.
- Pajak K., Zduniak A. (2003), *Kierownik w XXI wieku*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa-Poznań.
- Penc J. (2001), *Kreowanie zachowań w organizacji. Konflikty i stresy pracownicze. Zmiany i rozwój w organizacji*, Agencja Wydawnicza PLACET, Warszawa.
- Penc J. (2007), *Nowoczesne kierowanie ludźmi. Wywieranie wpływu i współdziałanie w organizacji*, Difin, Warszawa.
- Pajak K., Zduniak A. (2003), *Kierownik w XXI wieku*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa-Poznań.
- Smółka P. (2008), *Kompetencje społeczne. Metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych*, Wolter Kluwers, Kraków.
- Wosińska W. (2004), *Psychologia życia społecznego*, GWP, Gdańsk .

Iwona Markowska-Kabała

Politechnika Częstochowska

Efekty komunikacji interpersonalnej w relacji pacjent – personel medyczny

Results of interpersonal communication between a patient and medical personnel

Abstract: In case of an illness, communication between a patient and medical personnel becomes a necessity. The whole process of diagnosis and treatment depends on the communicative skills among the interacting subjects, i.e. the patient, the doctor and the middle grade medical staff. According to a survey conducted among the patients of primary health care institutions in Częstochowa, both personnel working at the reception desks and doctors delivering healthcare services can cope quite well while communicating with patients. In particular, a still growing number of doctors, in spite of being in a hurry and burdened with an excessive amount of bureaucracy, exert themselves to show much patience and understanding in their contacts with patients. The only issue which raises reservations is the lack of a holistic approach to the patient and focusing solely on an illness he or she is suffering from at a given time. It can be concluded that training doctors and middle grade medical staff how to interact with patients is yielding still better results. It cannot be forgotten, however, that to a considerable extent the quality of communication depends also on the individual personalities of healthcare employees.

1. Wstęp

Komunikacja jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na realizację zamierzonych celów. W relacji pacjent – personel medyczny tym celem jest zachowanie bądź ratowanie zdrowia, dlatego co-

raz większy nacisk kładzie się na umiejętności komunikacyjne personelu medycznego. Bardzo trudno jest podać uniwersalny wzorzec zachowań komunikacyjnych, który pozwoli nawiązać kontakt z pacjentem i uzyskać potrzebne do podjęcia leczenia informacje. Każda sytuacja kontaktu pacjenta z pracownikami ochrony zdrowia jest inna, obarczona dodatkowo różnymi czynnikami zewnętrznymi, nie zmienia to jednak faktu, że w lepszej sytuacji znajduje się zawsze personel medyczny, od którego zależy zdrowie pacjenta.

Pacjent, korzystający z usług lekarza, tak naprawdę nie ma wyboru. Potrzebuje pomocy, więc udaje się do lekarza w swojej przychodni. To właśnie na tym etapie rozstrzygają się przyszłe losy chorego. Od umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego w zależy, jak dalej będzie przebiegało leczenie i na ile terapia będzie skuteczna. Od pracowników ochrony zdrowia, zależy jak pacjent zostanie obsłużony i jakiej jakości usługi otrzyma.

W pracy zostanie zaprezentowana część wyników badania ankietowego, przeprowadzonego osobiście przez autorkę, wśród 105 pacjentów częstochowskich zakładów podstawowej opieki zdrowotnej. Badanie nie jest reprezentatywne dla populacji mieszkańców miasta, ale wyniki są interesujące i pokazują jak pacjenci postrzegają i oceniają zachowania komunikacyjne pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i jakie są efekty komunikacji pacjentów i personelu medycznego.

2. Rejestracja – pierwszy kontakt

Podstawowa opieka zdrowotna, stanowi dla pacjenta pierwszy etap leczenia i za razem następuje pierwsze zetknięcie się z personelem medycznym pracującym w rejestracji. Często, to pierwsze doświadczenie, dobre bądź złe, powoduje nastawienie pacjenta do personelu medycznego i warunkuje jego zachowania na dalszym etapie korzystania z usług przychodni.

W badanej grupie, nieznaczna większość uznała, że w trakcie rejestracji do lekarza pierwszego kontaktu, nie napotkała na żadne trudności (rysunek 1).

Rysunek 1.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowanego.

Personel w rejestracji starał się także być pomocny, w sytuacji braku miejsca do wybranego przez respondenta lekarza. W ponad połowie wszystkich przypadków, pracownicy rejestracji starali się zaproponować pacjentowi inne rozwiązanie (rysunek 2), tak, aby mimo zaistniałych przeszkód mógł skorzystać z pomocy lekarza.

Coraz częściej, w przychodniach kładzie się nacisk na przeprojektowanie miejsca tak, aby przestrzeń była jak najbardziej przyjazna pacjentowi. Rejestracja przestała być okienkiem w ścianie, a stała się otwartą przestrzenią sprzyjającą swobodnej komunikacji. Jednak, to nie miejsce jest kluczem do skutecznego porozumiewania się, ale ludzie pracujący w rejestracji. Prawie połowa wszystkich badanych uznała, że zachowanie personelu medycznego można określić, jako obojętne i jest to najwyższe wskazanie (rysunek 3).

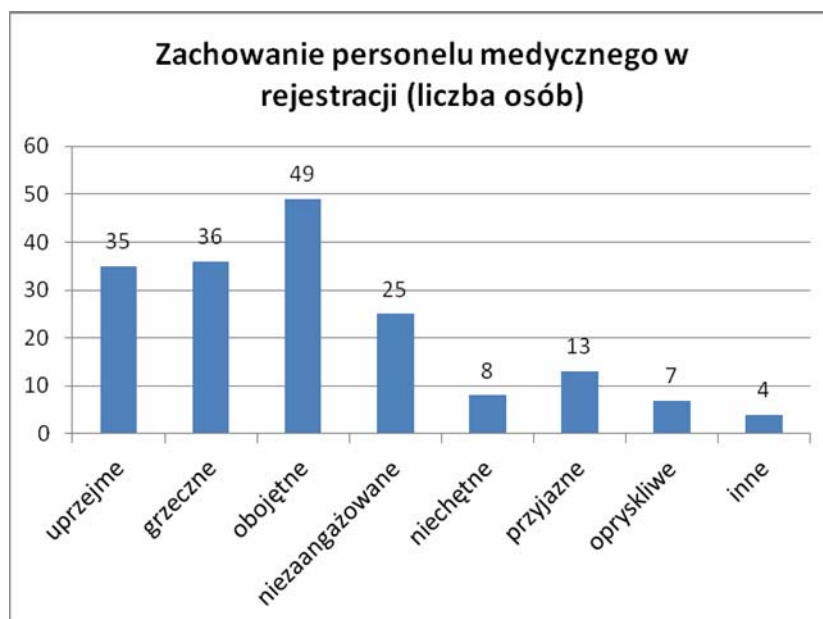
Wśród biorących udział w badaniu znalazła się także spora grupa osób, (1/3 respondentów), która uznała, że w przychodniach z usług, których korzysta, osoby pracujące w rejestracji są grzeczne i uprzejme. Z całą pewnością można uznać, że ocena zachowania pracowników rejestracji zależy od indywidualnych historii pacjentów i ich własnych reakcji, na zaistniałe w danym momencie sytuacje.

Rysunek 2.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Rysunek 3.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Jednym z udogodnień, stosowanych przez przychodnię, jest możliwość zarejestrowania się pacjenta do lekarza przez telefon. Ponad połowa wszystkich badanych (54%) korzystała z takiej możliwości. W grupie osób, które korzystały z rejestracji telefonicznej ponad połowa respondentów napotkała na trudności przy tego rodzaju usłudze (rysunek 4).

Rysunek 4.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Mimo ustalonych godzin, od których ten rodzaj rejestracji był możliwy najważniejszą barierą, jaką napotkali badani, było nieodbieranie telefonu przez pracowników. Dla pacjenta, który nie ma możliwości osobistego przyścia do przychodni, jest to frustrujące i pozostawia złe wrażenie.

3. Relacja lekarz – pacjent

Kształtowanie się interakcji lekarz – pacjent, zależy od bardzo wielu czynników. Po pierwsze od osobowości lekarza i pacjenta. Od lekarza oczekuje się, że będzie świadom swoich cech osobowości, które nie będą negatywnie rzutowały na relację z pacjentem. To on będzie inicjował interakcję i jej przewodził, dlatego to właśnie lekarz powinien posiadać

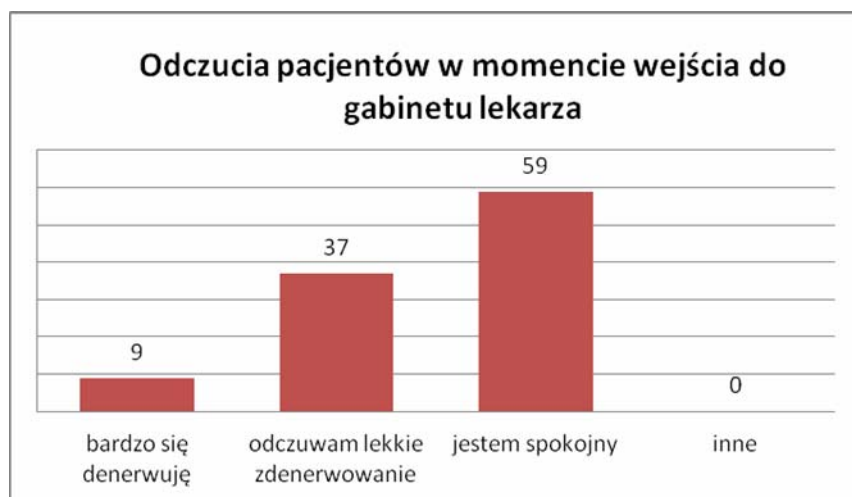
umiejętności mówienia, aktywnego słuchania, obserwacji i odczytywania komunikatów niewerbalnych [Hebanowski, Kliszczyk, Trzeciak 2005, s. 85]. Pacjent, w sytuacji stresu spowodowanego chorobą powinien mieć poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia, co oczywiście nie zwalnia go z konieczności racjonalnego zachowania.

Po drugie, trzeba brać pod uwagę fakt, że lekarz i pacjent mogą znacznie różnić się od siebie intelektualnie. Lekarz wykształcony być musi, pacjent takiego obowiązku nie ma. Trudności mogą pojawić się w każdym momencie kontaktu lekarza z pacjentem. Nierozumienie terminologii medycznej, brak możliwości zapamiętania najważniejszych faktów dotyczących choroby i terapii, nieumiejętność zadawania pytań przez pacjenta, a z drugiej strony pośpiech lekarza, brak zainteresowania tym, co chory ma do powiedzenia, przedmiotowe traktowanie, brak umiejętności stworzenia swoistej więzi, która pozwoliłaby otworzyć się choremu i ułatwiłaby cały proces terapii.

Po trzecie, to właśnie dla lekarza umiejętne komunikowanie się z pacjentem ma zasadnicze znaczenie – gdyż, od jakości komunikowania się zależy, czy pacjent będzie potrafił w odpowiedni sposób poinformować lekarza o objawach choroby, podjąć leczenie, zaakceptuje postawioną diagnozę i będzie realizował zalecenia lekarza [Barański, Piątkowski 2002, s. 162].

Należy także brać pod uwagę fakt, że chory, przychodząc do lekarza ma pewne oczekiwania, co do przebiegu jego wizyty. Towarzyszą mu różne lęki i obawy. Lekarz powinien stworzyć odpowiednią atmosferę tak, aby nawiązać dobry kontakt z pacjentem i zrealizować nadrzędny cel, jakim jest postawienie diagnozy i podjęcie decyzji, co do leczenia. W badanej grupie, większość respondentów uznała, że wchodząc do gabinetu lekarza, nie odczuwa obawy i jest w pełni spokojna (rysunek 5).

Rysunek 5.



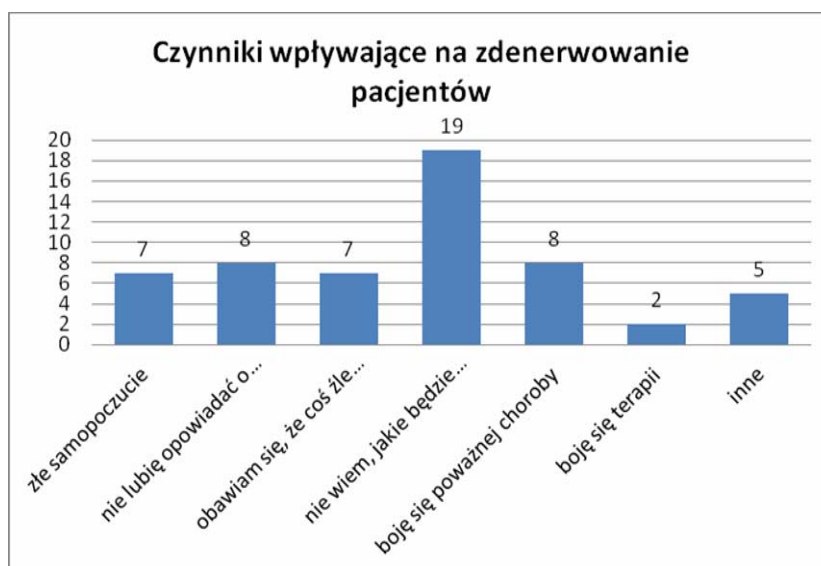
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Osoby, które odczuwały zdenerwowanie, najczęściej za przyczynę takiego stanu podawały obawę przed tym, jakie będzie zachowanie lekarza, co może wynikać z wcześniejszych, negatywnych doświadczeń (rysunek 6). Najczęściej zdenerwowanie objawiało się szybkim biciem serca i niemożnością wysłowienia się.

W trakcie wizyty w gabinecie lekarskim pacjent ma za zadanie dokładnie przedstawić swoje dolegliwości, lekarz powinien umiejętnie nawiązać kontakt i postarać się jak najwięcej dowiedzieć o chorym. Żeby postawić dobrą diagnozę, oprócz badania, konieczne jest przeprowadzenie wywiadu, który nie tylko da odpowiedź, na co choruje pacjent, ale ujawni także jego sytuację społeczną czy styl życia.

Z badania wynika, że ponad połowa lekarzy czasem dopytuje się dokładnie o dolegliwości pacjenta, ale zdarza się, że nie pyta o nie wcale. 10% badanych lekarz nigdy nie pytał o symptomy choroby (rysunek 7).

Rysunek 6.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

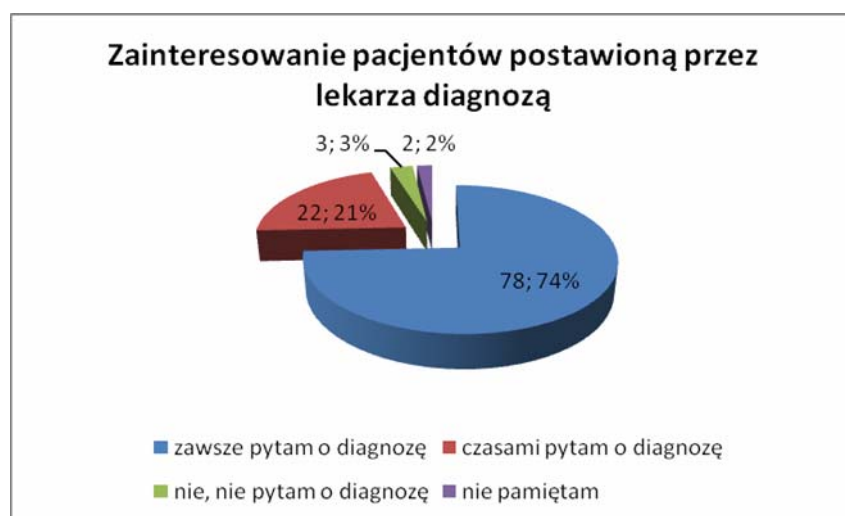
Rysunek 7.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Pacjenci, w przeważającej liczbie starają się dowiedzieć, na co chorują, jaka jest diagnoza lekarza i co za tym idzie, jakie są dalsze jego wskazania (rysunek 8). Zdarza się jednak często, że chorzy wychodząc z gabinetu, nie są w stanie powiedzieć, na co chorują. Może to oczywiście wynikać z braku dokładnego rozpoznania choroby przez lekarza i leczenia jedynie objawów a nie samej przyczyny.

Rysunek 8.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Żeby unikać sytuacji, braku jednoznacznej diagnozy, lekarze powinni jak najdokładniej wypytać pacjenta o te sfery jego życia, które mogą mieć wpływ na chorobę i na późniejszy proces terapeutyczny. Często zdarza się jednak, że tego nie robią. Ponad połowa ankietowanych pacjentów uważa, że lekarze nie pytają o ich zachowania związane ze stylem życia. Nie pytają o dietę, aktywność ruchową, używki czy korzystanie z badań profilaktycznych (rysunek 9).

Rysunek 9.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Niebagatelne znaczenie, w leczeniu schorzeń, mają leki, które lekarz ordynuje pacjentowi. Aby nie zaszkodzić choremu, bardzo ważna jest wiedza dotycząca chorób przewlekłych, uczuleń, ale także zażywanych aktualnie leków. Niektóre medykamenty znoszą wzajemnie swoje działanie, niektóre osłabiają, a niektóre mogą stać się po prostu niebezpieczne.

Pacjenci często sami informują o swoich dolegliwościach, branych lekach, stosowanych terapiach, gdyż jak wynika z badania połowa lekarzy, czasem się interesuje przebytymi bądź aktualnymi chorobami i uczuleniami, a $\frac{1}{4}$ nigdy tego nie robi (rysunek 10).

Bardzo podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o zażywanie leków przez pacjentów, szczególnie tych zaleconych przez specjalistów, a których nie ma wpisanych do karty choroby. Połowa lekarzy czasem się interesuje tym, co biorą pacjenci, jednak prawie $\frac{1}{4}$ nie interesuje się tym w ogóle (rysunek 11).

Rysunek 10.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Rysunek 11.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Bardzo ważnym obszarem komunikacji lekarza z pacjentem jest komunikacja niewerbalna. Lekarzowi mającemu doświadczenie łatwiej jest odczytywać komunikaty wynikające z mowy ciała pacjenta. Chory, czę-

ściej nie potrafi identyfikować zachowań i gestów lekarza, w sferze pozawerbalnej. Pacjenci są jednak dobrym obserwatorami i zwracają uwagę na zachowanie lekarza, co prezentuje rysunek 12. W badanej grupie, 2/3 osób uważa, że lekarza cierpliwie słucha, kiedy mówią o swoich dolegliwościach.

Rysunek 12.

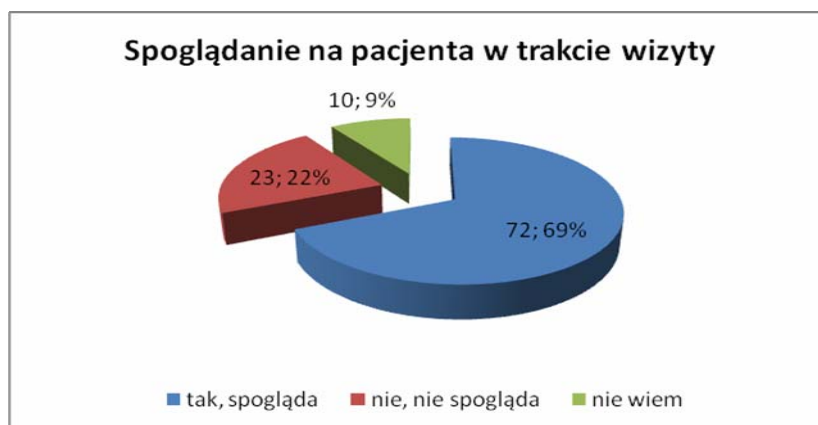


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Chorzy zwracają także uwagę na to czy lekarz nawiązuje z nimi kontakt wzrokowy, mimo konieczności zapisywania informacji w karcie choroby. Zdecydowana większość, pacjentów uznała, że lekarz spogląda na nich w trakcie wizyty, co wskazuje na zainteresowanie lekarza i okazywane pacjentowi wsparcie.

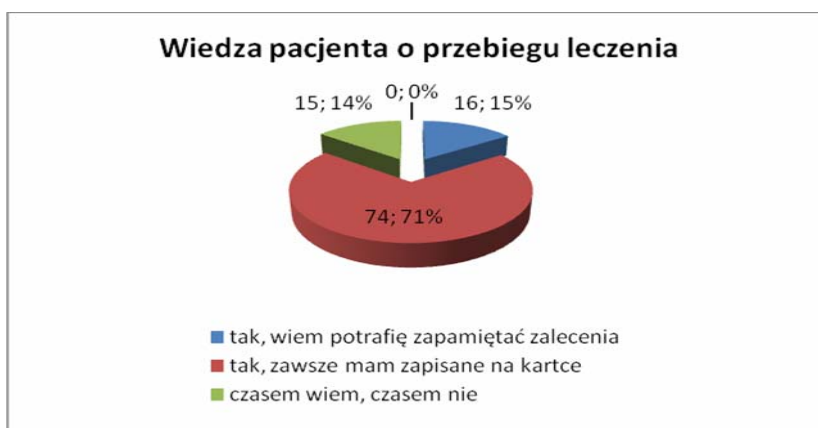
Ostatnim etapem, wizyty u lekarza, jest postawienie diagnozy i zalecenie odpowiedniej terapii. Pacjent wychodząc z gabinetu lekarza powinien wiedzieć, na co choruje, jakie będą etapy leczenia, czy konieczne są dodatkowe badania diagnostyczne i znać ewentualne konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń.

Rysunek 13.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Rysunek 14.

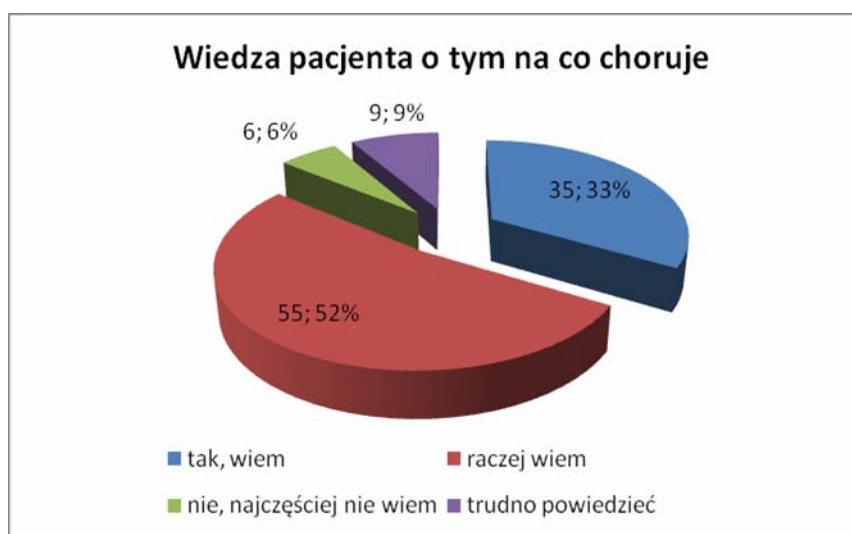


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Zdecydowana większość pacjentów, wychodzi z gabinetu lekarza mając napisane na kartce główne zalecenia. Wynika to z faktu, że lekarze mają świadomość, iż 40–55% informacji, które przekazują chorym zostają przez nich zapomniane [Barański, Piątkowski 2002, s. 164]. Aby uniknąć sytuacji, w której może dojść do zatrucia lekami, bądź do zaniechania terapii, lekarze zapisują informacje na kartce, do której chory zawsze może zajrzeć i przypomnieć sobie jak ma przebiegać leczenie.

Trochę inaczej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o wiedzę pacjenta o chorobie, na jaką zapadł. Ponad połowa badanych uznała, że wychodząc z gabinetu lekarza raczej wie, na co choruje. Zdarzają się jednak i tacy pacjenci (6%), którzy najczęściej nie są informowani przez lekarza, nawet pytając nie uzyskują odpowiedzi (rysunek 15).

Rysunek 15.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Zdarzają się sytuacje, gdy objawy mogą wskazywać na różne schorzenia i lekarz bez dodatkowej diagnostyki nie potrafi dokładnie określić choroby, jednak powinien pacjenta o tym poinformować. Zgodnie z prawami pacjenta, chory ma prawo wiedzieć, na co choruje, a lekarz ma obowiązek poinformować rzetelnie chorego.

4. Wnioski

Komunikacja między pacjentem, a personelem medycznym jest relacją, którą można określić, jako trudną. Wpływa na nią bardzo wiele czynników: osobowość uczestników, umiejętności komunikacyjne (mówienie,

słuchanie, mowa ciała), otoczenie i występujące w nim szумы na kanale komunikacyjnym, a nawet nastrój w danej chwili. Wszystkie te czynniki w różnym układzie będą tworzyły niepowtarzalną sytuację komunikacyjną. Dla pacjenta choroba jest stresem, wiąże się ze złym samopoczuciem i osłabieniem, umiejętności komunikacyjne personelu mogą znacznie ułatwić otrzymanie potrzebnej pomocy i przyspieszyć powrót do zdrowia.

Pierwszym kontaktem chorego z podstawową opieką zdrowotną jest konieczność zarejestrowania się do lekarza. Obecnie, najczęściej nie ma problemów ze skorzystaniem z usług lekarza pierwszego kontaktu. Ponad połowa badanych uważa, że nie ma problemów z zarejestrowaniem się do lekarza, a gdy zdarzy się, że nie ma miejsca, personel stara się zaproponować inne, korzystne rozwiązanie. Trudniej, natomiast jest się zarejestrować telefonicznie, gdyż znaczna grupa pacjentów stwierdziła, że mimo deklaracji przychodni, że można w ten sposób zamówić wizytę u lekarza, nikt nie odbiera telefonu. Jeśli oferuje się pacjentowi taką możliwość to wyjścia są zasadniczo dwa: odbieranie w wyznaczonych godzinach telefonu, albo zlikwidowanie tego rodzaju udogodnienia.

Zachowanie pracowników rejestracji, także nie zostało ocenione najwyżej. Prawie połowa badanych uważa, że personel zachowuje się w sposób obojętny, niezaangażowany. Biorąc pod uwagę, że w Częstochowie wszystkie przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej są prywatne, może trochę dziwić, że właściciele nie dbają o dobrą opinię i wizerunek swojej placówki.

Kontakt z lekarzem, w zależności od cech indywidualnych, może wywoływać niepokój, strach, zdenerwowanie. Ponad połowa ankietowanych uważa, że są całkiem spokojni wchodząc do gabinetu lekarza, nie odczuwają tzw. „syndromu białego fartucha”. W pozostałej grupie największą obawę budziło, to jak zachowa się lekarz w trakcie wizyty. Prawdopodobnie, pacjenci korzystający z usług tego samego lekarza, wiedzą, czego się mogą spodziewać w trakcie wizyty, natomiast pacjenci, trafiający do lekarza „z przypadku”, nie mają takiej wiedzy i z tego może wynikać ich obawa.

W trakcie wizyty w gabinecie lekarskim, skuteczność całego procesu diagnostyki i leczenia zależy w dużej mierze od tego, jaką relację uda się zbudować lekarzowi z pacjentem. To lekarz jest osobą przewodzącą,

choćby ze względu na autorytet formalny, czy też autorytet osobisty [Koźmiński, Piotrowski (red.) 1996, s. 693]. Z opinii badanych wynika, że lekarz najczęściej dopytuje o dolegliwości, z jakimi przyszedł pacjent, co dla chorego oznacza zainteresowanie nim i jego chorobą.

Niestety, większość lekarzy nie interesuje się stylem życia swoich pacjentów. Jeśli weźmie się pod uwagę znaczenie, jakie według teorii pól zdrowia Lalonda [Wojtczak 2009, s. 77–79] odgrywa prozdrowotny styl życia i ile chorób można by uniknąć dzięki niewielkim modyfikacjom obecnych postaw, to takie zaniechanie może dziwić. Często lekarze nie pytają także pacjentów o przebyte i aktualne choroby, uczulenia, zażywane leki i korzystanie z usług specjalistów. Lekarze, nie wgłębiają się w historię choroby, nie dopasowują odpowiedniej terapii, nie uwzględniają innych schorzeń.

W sferze pozawerbalnej, sytuacja wygląda zdecydowanie lepiej. Lekarze cierpliwie słuchają wyjaśnień pacjentów, nawiązują z nimi kontakt wzrokowy, zachęcając ich do dokładnego opowiedzenia o dolegliwościach. Może nie zawsze pacjenci potrafią prawidłowo odczytywać mowę ciała, ale z całą pewnością wiedzą, kiedy lekarz jest dla nich życzliwy i przyjazny. Pacjenci, zasadniczo wiedzą także, na co chorują i wiedzą także, jak ma przebiegać terapia i inne zalecenia lekarza.

Podsumowując, można uznać, że efekty komunikacji interpersonalnej między pacjentem a personelem medycznym są pozytywne. Są obszary, które wymagałyby doskonalenia, są także osoby, którym komunikacja nadal sprawia trudności, jednak pacjenci w większości pozytywnie postrzegają przebieg komunikacji w przychodniach, z których korzystają.

Bibliografia

- Barański J., Piątkowski W. (2002), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B. (2005), *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Koźmiński A., Piotrowski W. (red.), (1996), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wojtczak A. (2009), *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Renata Rasińska, Maria Danuta Głowacka, Iwona Nowakowska

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kształtowanie zachowań menedżerskich przez podmiot leczniczy

Shaping managerial behaviours by the medical institution

Abstract: The role of the manager in the present medical institution is practically irreplaceable as he is in charge of accomplishing appointed objectives and the further development of the company depends on his skills. The new situation in health care and the development of the competition extort the change in the way of the medical institution management. The aim of the article is to present images of future health managers about the role of the contemporary manager and to define features and skills which would be important for managing the medical institution. The research tool was the survey questionnaire, including question about skills which have the greatest influence on shaping an attitude of future managers of the health care.

Respondents know realities connected with challenges which are placed in front of medical institutions by the contemporary world. They are people who want to deepen their knowledge and develop their own skills as they realize, that the future will bring new challenges. Managers working in medical institutions to meet the requirements, will have to create their own way of the efficient management system based on many qualifications and skills. Modern medical institutions demand from managers the change in the philosophy of the management and the style particularly preferred in the future will be 3W (the support, the joining of activities and the results requirement).

Key words: medical institution, health care manager

1. Wstęp

Rola menedżera we współczesnym podmiocie leczniczym jest praktycznie niezastąpiona, ponieważ do niego należy realizacja wyznaczonych celów i od jego umiejętności zależy dalszy rozwój firmy. Nowa sytuacja w ochronie zdrowia, rozwój konkurencji, wymusza zmianę w sposobie zarządzania podmiotami leczniczymi. Aby sprostać oczekiwaniom odbiorców usług, przy ograniczonych środkach, menedżerowie wprowadzając koncepcję zarządzania marketingowego oraz stale podnosząc poziom oferowanych usług mogą usprawnić zarządzanie podmiotami leczniczymi.

Menedżerowie są osobami zatrudnionymi na stanowiskach kierowniczych różnych szczebli, uprawnionymi do kierowania ludźmi i zarządzania (Penc, 2008, s. 91). Pełnią oni funkcje kierownicze i odpowiadają za ogół spraw związanych z zarządzaniem podległą sobie jednostką organizacyjną, w tym także za prace, których sami nie wykonują. Ich wiedza, umiejętności, sposoby reagowania i zachowania mają rozstrzygające znaczenie dla organizacji.

Zdaniem Petera Druckera (1994), każdy menedżer wykonuje pięć podstawowych operacji: ustala cele, organizuje, motywuje i informuje, dokonuje pomiaru oraz rozwija ludzi. Natomiast zdaniem Rafała Kuca (2000) praca menedżerów wiąże się z takimi działaniami jak: formułowanie strategii, planowanie, ustalanie zakresu, przedmiotu i metod kontroli, decydowanie o przebiegu procesów, organizowanie, kierowanie zachowaniami ludzkimi, kształtowanie potencjału społecznego oraz podejmowanie specyficznych decyzji. Henry Mintzberg (1971) wyróżnia trzy zasadnicze role menedżera: interpersonalną, informacyjną i decyzyjną. Rola interpersonalna to czynności reprezentacyjne, przywódcze, kontakty z ludźmi w organizacji, rozwiązywanie konfliktów oraz kontakt z otoczeniem. Na rolę informacyjną składa się: nieustanne zbieranie informacji niezbędnych do zarządzania, ich selekcja, analizowanie i ocenianie oraz przekazywanie odpowiednim komórkom i osobom oraz przekazywanie informacji na zewnątrz. Do ról decyzyjnych należą działania w zakresie inicjowania zmian, dysponowanie zasobami, negocjowanie z instytucjami zewnętrznymi.

Każdy menedżer wykonuje różne czynności i spełnia różne funkcje w toku zarządzania (Penc, 2008). Może to robić w różny sposób i osiągać sukces kierowniczy. Najważniejsze, by umiał patrzeć na organizację i jej problemy w sposób kompleksowy, perspektywiczny i szanował ludzi, którzy na ten sukces pracują. Zawsze powinien być skuteczny i mieć właściwe kompetencje zawodowe: cechy osobowości, wiedzę, zdolności i umiejętności, by doprowadzić do pomyślnego wykonania przyjętej misji wynikającej ze strategii i kultury firmy.

Skuteczne zarządzanie potrzebuje skutecznych menedżerów, to znaczy posiadających pewne zdolności i nawyki użyteczne we własnej pracy (Penc, 2008). Powinni oni umieć koncentrować czas i energię własną na sprawach najważniejszych, na szansach, a nie tylko na problemach wymagających rozwiązania. Od skutecznych menedżerów wymaga się, aby z racji swej pozycji i władzy podejmowali decyzje o istotnym wpływie na całą organizację, na jej osiągnięcia i wyniki, na jej przyszłą pozycję w otoczeniu. Do zapewniania firmie powodzenia w rozwiązywaniu bieżących problemów funkcjonowania i bezpiecznej przyszłości, menedżer potrzebuje oprócz wiedzy, wyobraźnię (nowy, odmienny sposób postrzegania i rozumienia). Cechy osobiste menedżera i jego kwalifikacje muszą być zgodne z wymaganiami i dążeniami danej firmy, a dzisiejsze formy, w tym również podmioty lecznicze, muszą radzić sobie samodzielnie ze złożonymi problemami ludzkimi, technicznymi, ekonomicznymi, społecznymi, ekologicznymi itp. Skuteczne rozwiązywanie tych problemów stawia warunek wysokiej kreatywności, muszą mieć system wspólnych wartości i dążyć do pokonania przeszkód, do osiągnięcia celów zgodnych z celami firmy i podporządkowania się tym celom. Od każdego menedżera oczekuje się wzorcowego wypełniania roli wynikającej z jego funkcji w przedsiębiorstwie, która musi być aktywna i twórcza. Menedżer musi dostosowywać się do sytuacji i zmiany ról, umieć sobie dawać radę w różnych rolach i świadomie je sobie przyswajać.

Zachowanie to ogół złożonych i celowych reakcji, występujących pod wpływem bodźców otoczenia lub czynników wewnętrznych organizmu (Podgórecki, 1989). Z socjologicznego punktu widzenia zachowanie jest świadomym działaniem człowieka, regulującym jego stosunek do społeczeństwa w obrębie wytworzonej przez niego kultury, norm wzorców

osobowych i kontroli społecznej. Kształtowanie zachowań to przede wszystkim rozpowszechnianie odpowiednich wzorców zachowań, wartości i postaw. Postawa menedżera podmiotu leczniczego wpływa na to jak angażują się w pracę pracownicy i na ile są w niej efektywni, dlatego bardzo ważne jest aby dobry menedżer prezentował właściwą postawę.

Celem artykułu są wyobrażenia przyszłych menedżerów zdrowia o roli współczesnego menedżera oraz określenie cech i umiejętności, które miałyby znaczenie dla zarządzania podmiotem leczniczym.

2. Materiał i metody badawcze – wyniki

Badaniu poddano grupę szkolących się menedżerów zdrowia w latach 2010–2011. W badaniu wzięło udział 86 osób, w tym 45 mężczyzn (52%) i 41 kobiet (48%), a średnia wieku badanych wynosiła $35,2 \pm 4,51$ lata. Narzędziem badawczym była ankieta, zawierająca pytania dotyczące umiejętności, które mają największy wpływ na kształtowanie postaw przyszłych menedżerów ochrony zdrowia.

U menedżerów ceni się różne cechy charakteru oraz umiejętności teoretyczne i praktyczne (Penc, 2008). Równie dobre wyniki mogą osiągać ludzie o różnych charakterach i zdolnościach. Badanej grupie zostały przedstawione cztery wzorce osobowościowe menedżerów zgodnie podziałem Hornsteina (1986). Menedżerowie odważni dążący do zaprezentowania się jako ludzie wartościowi, dojrzały, umiejący przysłużyć się sprawie, na której im zależy. Ich odwaga wynika z posiadanej wiedzy i doświadczenia, na podstawie których formułują swój osąd o funkcjonowaniu organizacji. Identyfikują się oni z organizacją i starają dostarczyć wskazówek do odnowy organizacji. Menedżerowie wyzywający, którzy sprzeciwiają się istniejącej strukturze i funkcjonowaniu organizacji. Oni również pragną odnowy, lecz zmierzają do tego poprzez wykazanie niekompetencji przełożonych, domagają się ukarania winnych za błędy popełnione w przeszłości i są stale nastawieni na konfrontację z aktualną władzą. Menedżerowie niezadowoleni to tacy, którzy odrzucają zastany porządek, lecz nie są zdolni do wypracowania żadnego programu zmian na lepsze, brakuje im energii, ambicji i chęci działania.

Odczuwają swoją sytuację jako beznadziejną, ale nie wierzą w odnowę. Nie identyfikują się z organizacją, utrzymują wobec niej dystans i odgradzają się od panujących w niej niewygód i uciążliwości. Ostatnią przedstawioną grupą byli menedżerowie konformiści, którzy uznają organizację w jej obecnym kształcie za rozwiązanie optymalne. Pragną oni aby była ona taka sama w przyszłości, a ich motywacją jest dążenie do bycia akceptowalnym w organizacji, niekwestionowania jej porządku i bronięcia wartości utrwalających ich pozytywny obraz i zajmowaną pozycję.

Badana grupa porównywała wzorce osobowe obecnych menedżerów w podmiotach leczniczych oraz wybrała, które z nich będą istotne w przyszłości. Według badanych w podmiotach leczniczych większość menedżerów to menedżerowie konformiści (78%) oraz niezadowoleni (10%), którzy jednak stają się już coraz mniej liczna grupa. Najmniejszą grupą są menedżerowie wyzywający (4%) oraz menedżerowie odważni (8%), którzy powoli starają się zaistnieć w podmiotach leczniczych. Jeżeli chodzi o przyszłość, w dobie zmieniających się warunków grupą dominującą wobec badanych powinna być właśnie grupa menedżerów odważnych (86%), jednak pozostałe grupy według badanych też będą istniały. Odpowiedzi dotyczące zarówno teraźniejszości jak i przyszłości w zależności od płci badanych były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$).

W świetle różnych katalogów cech, współczesny menedżer musi posiadać właściwości czyniące go przywódcą wyróżniającym się z nieprzeciętnym zaangażowaniem w pracę, gruntownym wykształceniem ogólnym i specjalistycznym, entuzjazmem do pracy, a nawet szczęściem (Penc, 2008). Badani potwierdzili, że najważniejszymi cechami, które charakteryzują współczesnego menedżera ochrony zdrowia są: zaangażowanie w pracę (67%), entuzjazm (59%), dynamizm (56%), odpowiedzialność, obowiązkowość i zdyscyplinowanie (po 43%), obiektywizm (43%) i oryginalność (33%). Ponadto wśród cech związanych bezpośrednio z wykonywanymi obowiązkami najczęściej wymienianymi było: błyskawiczność podejmowania decyzji (56%), odpowiedzialność (52%), umiejętność pracy zespołowej (49%), zdolności motywacyjne (41%) oraz tworzenie klimatu zaufania (32%).

Menedżerowie, którzy będą działać w przyszłych organizacjach, będą musieli sprostać o wiele bardziej poważnym i złożonym wymaga-

niom niż obecnie, gdyż zmieniają się warunki ich funkcjonowania choćby z powodu nasilającej się globalizacji i konkurencji (Penc, 2008). W związku z powyższym przedstawiono badanym umiejętności i cechy osobowościowe menedżera nowoczesnej organizacji określone przez Chrisa Prahalada (1998): umiejętność myślenia systemowego, umiejętność działania w wielokulturowym otoczeniu, gotowość do ustawicznej nauki oraz pozytywne cechy osobowościowe i wysokie standardy zachowań, z prośbą o ocenę, która z powyższych cech w ich opinii jest najważniejsza dla menedżera pracującego w podmiocie leczniczym. Według badanych kolejność odpowiedzi była następująca: umiejętność myślenia systemowego, pozytywne cechy osobowościowe i wysokie standardy zachowań, gotowość do ustawicznej nauki i na końcu umiejętność działania w wielokulturowym otoczeniu. W przypadku tego badania również płeć nie jest zmienna determinującą wymienione umiejętności i cechy menedżera. Badana grupa zwróciła szczególną uwagę na proces kształcenia i doskonalenia. Dla badanych bardzo ważną rzeczą było zarówno wykształcenie ogólne, jak i specjalistyczne. Zwracali uwagę na różne oferty wielu uczelni i ośrodków kształcenia. Według badanych przyszły menedżer, który będzie pracował w podmiotach leczniczych, powinien kształcić się w wielu różnych zakresach.

Opierając się na wybranych cechach menedżera podanych przez Pencę (2001) poproszono badanych o podanie ich znaczenia dla menedżerów teraźniejszych jak i przyszłych. Wyniki przedstawiono w tab. 1

Tabela 1. Wybrane cechy menedżera podmiotu leczniczego

Wybrana cecha	Dzisiaj			Jutro		
	Ma duże znaczenie	Ma małe znaczenie	Nie ma znaczenia	Ma duże znaczenie	Ma małe znaczenie	Nie ma znaczenia
1	2	3	4	5	6	7
Wykształcenie ogólne	29%	68%	3%	71%	28%	1%
Wiedza fachowa	66%	25%	9%	33%	56%	11%
Osobowość, charyzma	12%	56%	32%	88%	10%	2%
Tradycyjne zalety (pilność, punktualność, porządek itp.)	85%	10%	5%	25%	66%	9%

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
Uprzejmość, wyrozumiałość	45%	33%	22%	45%	29%	26%
Otwartość, poczucie obowiązku informowania	35%	35%	30%	66%	23%	11%
Umiejętności motywacji	52%	33%	15%	56%	30%	14%
Umiejętność słuchania innych	33%	55%	12%	60%	21%	19%
Pewność w zachowaniu	49%	36%	15%	65%	26%	9%
Umiejętność decydowania	42%	39%	19%	49%	28%	23%
Wytrwałe dążenie do celu	39%	46%	15%	79%	16%	5%
Zdolność przewidywania	22%	56%	22%	88%	10%	2%
Zrównoważenie emocjonalne	12%	59%	29%	15%	62%	23%
Odporność na stresy	33%	49%	18%	46%	39%	15%
Fantazja, kreatywność, oryginalność	15%	68%	17%	33%	52%	15%
Dobra kondycja psychiczna i fizyczna	22%	56%	22%	29%	60%	11%
Zdolność mobilizowania się	26%	51%	23%	45%	49%	6%
Zdolność prowadzenia negocjacji	36%	46%	18%	67%	26%	7%
Podjęmowanie ryzyka	45%	39%	16%	65%	19%	16%
Wyznawany światopogląd	20%	61%	19%	10%	82%	8%
Wybrany kierunek studiów	45%	39%	16%	39%	49%	12%
Doświadczenie w pracy za granicą	31%	55%	14%	39%	59%	2%
Znajomość języków obcych	45%	33%	22%	68%	23%	9%
Układy, znajomości	64%	25%	11%	44%	46%	10%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Penca (2001).

Porównując odpowiedzi badanych z przedstawionym przez Penca (2001) wykresem zauważyć można zbieżności we wszystkich cechach dotyczących obecnego, jak i przyszłego menedżera z wyjątkiem niżej podanych niezgodności. Niezgodności w cechach obecnego menedżera dotyczą: uprzejmości i wyrozumiałości, otwartości, poczucia obowiązku informowania oraz wybranego kierunku studiów i doświadczenia w pracy za granicą. Dla przyszłego menedżera badani mieli odmienne opinie w następujących kwestiach: zrównoważenie emocjonalne, odporność na stresy, dobra kondycja fizyczna i psychiczna oraz układy i znajomości.

Reasumując wyniki należy podkreślić, że badani znają realia związane z wyzwaniami, jakie stawia przed podmiotami leczniczymi współczesny świat. Są osobami, które chcą zgłębiać wiedzę i rozwijać swoje umiejętności, ponieważ zdają sobie sprawę, że przyszłość przyniesie tym podmiotom nowe wyzwania.

3. Dyskusja

Zarządzanie nowoczesnym przedsiębiorstwem wymaga menedżerów odważnych, zmierzających ku lepszej organizacji, wprowadzających zmiany, a nawet poszukujących i szybko reagujących na ich pojawianie się oraz wykorzystanie ich jako sposobności (Drucker, 1992). Obecnie w trudnych czasach nasilającej się konkurencji, szczególne znaczenie ma odwaga, chęć podejmowania ryzyka i ponoszenia za nie odpowiedzialności (Penc, 2008). Zarządzanie obecnie nie sprowadza jest tylko do administrowania, ale wymaga od menedżera umiejętności patrzenia w przyszłość oraz otwartości na zmiany. Dlatego badana grupa zauważyła, że bardzo potrzebnym przedmiotem w planach ich studiów podyplomowych zajmuje zarządzanie zmianami, które umożliwi im podejmowanie właśnie dość ryzykownych zmian. Zdają sobie oni sprawę z tego, że menedżer przyszłości musi przewidywać przyszłe wydarzenia i powinien charakteryzować się ogromną wyobraźnią. Czasami decyzje podejmowane przez przyszłych menedżerów w podmiotach leczniczych będą obarczone dużym ryzykiem ale stosowanie śmiałych rozwiązań może być z jednej strony niezrozumiałe dla większości pracowników a z drugiej strony jedynym dobrym rozwiązaniem, który będzie przybliżał do celu.

Badana grupa zauważyła również, że menedżer przyszłości musi mieć cechy charakteru, które charakteryzują dobrego przywódcę. Podobne wyniki otrzymano w czasie badań poprzedniej grupy słuchaczy studiów podyplomowych (Rasińska, 2011). Oprócz kwalifikacji ważne wartości wymieniane przez badanych to silna i kreatywna osobowość, odpowiedzialność, obowiązkowość, zdyscyplinowanie, dokładność, skrupulatność, zaangażowanie w pracę, przedsiębiorczość, otwartość, motywacja do pracy, wola osiągnięcia sukcesu, gotowość do pracy efektywnej, umiejętność pracy w zespole, samodzielność w podejmowaniu decyzji, umiejętność efektywnego analizowania i dyplomatycznego rozwiązywania problemów, kultura osobista, dyspozycyjność. Porównując oba badania widać wyraźnie, że kształcąca się młodzież doskonale zdaje sobie sprawę jakie cechy charakteru powinien mieć obecny, a w szczególności przyszły menedżer ochrony zdrowia. Nowymi cechami, które pojawiły się w czasie rozmów ze słuchaczami była odwaga, otwartość i entuzjazm. Wyniki te są zbieżne z wynikami podanymi przez amerykańską firmę konsultingową Korn and Ferry z Nowego Yorku, która przeprowadziła sondaż wśród 1,5 tys. menedżerów amerykańskich, japońskich i europejskich na temat pożądanых cech menedżera 2000 roku (Ogger, 1994). Wynika z nich, że menedżer jutra powinien: być entuzjastą (92%), inspirować (91%), dodawać odwagi (89%), być otwartym i twórczym (88%), a także być przykładem zachowania etycznego (88%).

Menedżerowie, którzy będą działać w przyszłych organizacjach, będą musieli sprostać o wiele bardziej poważnym i złożonym wymaganiom niż obecnie, gdyż zmieniają się warunki ich funkcjonowania choćby z powodu nasilającej się globalizacji i konkurencji (Penc, 2008). W badaniach przedstawiono słuchaczom kilka przykładów cech i umiejętności, które powinien posiadać menedżer nowoczesnej organizacji. Wśród nich znalazł się podział Prahalada, Handy'ego oraz Scheina. Chris Prahalad uważa, że każdy menedżer przyszłości musi legitymować się umiejętnościami i cechami osobowościowymi (Prahalad, 1998) takimi jak: umiejętność myślenia systemowego, umiejętność działania w wielokulturowym otoczeniu, gotowość do ustawicznej nauki oraz pozytywne cechy osobowościowe i wysokie standardy zachowań. Charles Handy (1997) twierdzi, że menedżer współczesny musi posiadać takie konieczne

atrybuty, jak: wiara we własne siły, oddanie się pracy z pasją i miłość do ludzi. Edgar H. Schein (1997) uważa, że liderzy przyszłości będą musieli wykazać się w coraz większym stopniu następującymi cechami: wysokim poziomem percepcji i zrozumienia otaczającej rzeczywistości i samych siebie, wysokim poziomem motywacji, wielką siłą emocjonalną, nowymi umiejętnościami analizy przesłanek kulturowych, chęcią i umiejętnościami angażowania innych i pozyskiwanie ich aktywnego udziału oraz chęcią i umiejętnościami dzielenia się władzą i uprawnieniami do kontroli. Badani w pełni potwierdzili ważność przedstawionych cech i umiejętności w obliczu działania nowoczesnych podmiotów leczniczych.

Przyszli menedżerowie muszą wykreować własny sposób na sprawny system zarządzania, aby pozyskać zaufanie współpracowników oraz pobudzić ich energię i inicjatywę, by oni sami identyfikowali i rozwiązywali ważne problemy, opanowywali pojawiające się konflikty i angażowali się w ważne dla firmy, choć trudne zadania, a także włączali się w procesy zmian, mając przeświadczenie, że to nie jest konieczność, lecz także droga do sukcesu (Penc, 2000).

Podmiotom leczniczym stawia się coraz to nowsze i trudniejsze wyzwania, związane np. z rozwojem informatyzacji. Placówki te powinny rozbudowywać funkcjonalnie systemy informatyczne, które pozwolą na przejście z techniki analogowej na cyfrową z możliwością przesyłania danych w dowolne miejsce w placówce. Podniesienie jakości udzielanych świadczeń medycznych, przygotowanie i bieżąca weryfikacja standardów jakości dostosowanych do specyfiki funkcjonowania podmiotów leczniczych, to najważniejsze cele stawiane przed menedżerami pracującymi w podmiotach leczniczych. Ważnym celem działalności podmiotu leczniczego powinna być dbałość o podnoszenie poziomu wiedzy, kwalifikacji oraz umiejętności pracowników, co również ma prowadzić do większego zaangażowania się pracowników wszystkich szczebli w zarządzanie tymi placówkami.

Przyszłość wymagać będzie od nowych menedżerów, również w podmiotach leczniczych, nie tylko urzędników i biurokratów, lecz przedsiębiorców, moderatorów i promotorów (Penc, 2007). Prawdziwa ich siła nie będzie przejawiać się we władzy formalnej, lecz w ich wiedzy, umiejętnościach i kreatywności. Zmieni się więc zasadniczo organi-

zacja i filozofia funkcjonowania przedsiębiorstwa. Podstawą działania menedżerów będzie wiedza ekonomiczna i organizatorska, ale będą oni musieli szeroko w swej pracy uwzględniać związki, które mają charakter społeczny, kulturowy, ekologiczny, obyczajowy. Będzie się od nich wymagać rozległej wiedzy, dojrzałej orientacji w dziedzinie hierarchii wartości, wysokiego poziomu kulturalnego i etycznego, znajomości języków obcych. Potrzebni im będzie wizjonerski pogląd, pozwalający na przewidywanie tendencji rynkowych i życzeń klientów, umiejętność szybkiego reagowania na zmiany i wykorzystywania ich jako sposobność do podejmowania nowych działań, odwaga i gotowość do ryzyka, wytrwałość i upór w osiąganiu celów strategicznych, a także gotowość do własnego rozwoju i uczenia się przez całe życie.

W przyszłości bardzo ważną sprawą będzie przejście od autorytarnego stylu kierowania zasadzającego się na formule 3K (komenderowanie, korygowanie i kontrolowanie) oraz od stosowania władzy wymuszania, które opiera się na postrzeganiu przez podwładnego, że kierownik ma prawo go karać, i że kara będzie nieprzyjemna lub uniemożliwi zaspokojenie jakiejś potrzeby (Webber, 1996). Nowy styl kierowania oparty na formule 3W (wspomaganie, wiązanie działań i wymaganie wyników) jest wyraźnie zorientowany na dokonania i poszerzanie pola działania pracowników (Penc, 2000). Oznacza on przekazywanie pracownikom zadań, prawa do podejmowania decyzji, władzy i zasobów umożliwiających osiągnięcie wyznaczonych celów i ponoszenie odpowiedzialności za ich realizację.

Podmioty lecznicze muszą realizować swoje misje i podnosić efektywność swoich pracowników. Nowoczesne rozwiązania organizacji pracy i zarządzania podmiotami leczniczymi, ze szczególnym uwzględnieniem zarządzania przez jakość, mają na celu zapewnienie funkcjonowania ich zgodnie z najwyższymi standardami światowymi.

4. Wnioski

1. Menedżerowie pracujący w podmiotach leczniczych aby sprostać złożonym wymaganiom będą musieli wykreować własny sposób na sprawny system zarządzania, oparty na wielu cechach i umiejętnościach.

2. Nowoczesne podmioty lecznicze wymagają od menedżerów zmiany w filozofii zarządzania.
3. W podmiotach leczniczych preferowanym w przyszłości będzie styl 3W (wspomaganie, wiązanie działań i wymaganie wyników).

Bibliografia

- Drucker P.F. (1992), *Innowacja w przedsiębiorstwie a przedsiębiorczość, Praktyka i zasady*, Warszawa, s. 37, cyt. za Penc 2008.
- Drucker P.F. (1994), *Praktyka zarządzania*. Akademia Ekonomiczna, Kraków, s. 368, cyt. za Penc 2008.
- Handy Ch. (1997), *Nowy język organizacji i jego znaczenie dla liderów*, [w:] Lider przyszłości, praca zbiorowa pod redakcją F. Hesselbein, M. Goldsmitha i R. Beckharda, Buisness Press, Warszawa, s. 34, cyt. za Penc 2008.
- Hornstein N.A. (1987), *Managerial Courage: Individual Initiative and Organizational Innovation*, "Personnel", nr 7, s. 16-21, cyt. za Penc 2008.
- Kuc B.P. (2000), *Zarządzanie doskonałe*, Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa s. 54-55, cyt. za Penc 2008.
- Mintzberg H. (1971), *Managerial Work. Analysis from Observation*, Management Science, October, s. 97-110, za Penc 2008.
- Ogger G. (1994), *Zera w garniturach*, WPSB, Kraków, s. 252, cyt. za Penc 2008.
- Penc J. (2008), *Decyzje i zmiany w organizacji. W poszukiwaniu skutecznych sposobów działania*, Centrum Doradztwa i Informacji Delfin sp. z o.o., Warszawa.
- Penc J. (2001), *Kreowanie zachowań w organizacji*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa.
- Podgórecki J. (1989), *Kształtowanie postaw*, „Materiały i studia opolskie”, zeszyt 66.
- Prahalad C.K. (1998), *Rola menedżerów nowej ery na konkurencyjnym rynku*, [w:] Organizacja przyszłości, praca zbiorowa pod red. F. Hesselbein, M. Goldsmitha i R. Beckharda, Buisness Press, Warszawa, s. 191-192, cyt. za Penc 2008.
- Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J. (2011), *Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów w opiece zdrowotnej*, Prace naukowe WSB w Gdańsku, tom XII Działania współczesnych przedsiębiorstw – determinanty kulturowe, zasobowe i samorządowe, red. T. Falencikowski, Gdańsk.
- Schein E. (1997), *Przywództwo a kultura organizacji*, [w:] Lider przyszłości, praca zbiorowa pod redakcją F. Hesselbein, M. Goldsmitha i R. Beckharda, Buisness Press, Warszawa, s. 89, cyt. za Penc 2008.
- Webber G.B. (1997), *Kształtowanie przywódców przyszłości*, [w:] Lider przyszłości, praca zbiorowa pod redakcją F. Hesselbein, M. Goldsmitha i R. Beckharda, Buisness Press, Warszawa, s. 145, cyt. za Penc 2000.

Iwona Nowakowska, Maria Danuta Głowacka, Renata Rasińska

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Agnieszka Łukomska

Bydgoska Szkoła Wyższa

Efektywne zarządzanie personelem medycznym przez pryzmat wymiarów jakości pracy

Effective Management of Medical Staff through the Prism of Dimensions of Quality of Work

Abstract: Quality of work and its dimensions are strategic for the smooth functioning of an organisation. In order to fulfil the expectations related to the effectiveness of personnel policy in medicinal institutions, managers must realise the significance of processes which determine creating and maintaining safe and friendly work environment. These areas are crucial for the proper, competitive functioning. The main objective of this paper is to present these factors of work process which, in terms of the effectiveness of employee management, are a valuable tool for achieving high quality of work and, consequently, to achieve the expected results of a medicinal institution – a high quality of provided medical services.

1. Wstęp

Wyzwaniem stojącym przed menedżerami zarządzającymi podmiotami leczniczymi jest sprawne i skuteczne racjonalizowanie wszystkich procesów zachodzących w organizacji. Zarządzanie zasobami ludzkimi to bardzo trudny proces, ale i pewnego rodzaju filozofia postępowania, wy-

magająca od kadry kierowniczej odpowiednich zasobów wiedzy, kompetencji i umiejętności praktycznego zastosowania. Nie bez znaczenia pozostaje realizacja działań w oparciu o podstawowe funkcje zarządzania (planowanie, organizowanie, przewodzenie i kontrolowanie), cele organizacyjne czy wymiary jakości pracy.

Podstawową cechą, definiującą menedżera, powinna stać się racjonalność w procesie zarządzania, której celem zasadniczym jest ciągle zwiększanie efektywności [Rasińska i inni, 2011, s. 69] w różnych obszarach organizacyjnego funkcjonowania, również na płaszczyźnie polityki personalnej.

W celu zwiększenia efektywności działań, pierwszoplanowym zadaniem jakie stoi przed przywódcą, zanim podejmie działalność zmierzającą do realizacji celów, jest poznanie i zdefiniowanie zadań, cech organizacji oraz zasobów ludzkich, którym będzie przewodził [Mojs, 2004, s. 237]. W instytucjach ochrony zdrowia, w związku ze specyfiką wykonywanych usług i rzadkimi zasobami, dominującym podejściem, z punktu widzenia zarządzania, powinno stać się nastawienie na sprawność i skuteczność [Griffin, 2002, s. 60] wszystkich działań realizowanych w podmiocie.

2. Cel jako wyznacznik efektywnej drogi zawodowej

Nadrzędnym i niepodważalnym celem funkcjonowania każdej organizacji, również podmiotu leczniczego, jest realizacja jego autonomicznej misji. To ona wyznacza strategię działania i prowadzi do wyodrębnienia szerszych lub węższych celów organizacyjnych, których urzeczywistnienie przyczyni się do prężnego rozwoju zakładu. Wszystkim działaniom podejmowanym przez członków podmiotu leczniczego, a wspieranych przez ich liderów, jest realizacja jasno sprecyzowanych celów. Są one niezwykle istotne zarówno poprzez indywidualną realizację zadań zawodowych, jak i pracę zespołową (obydwie formy charakterystyczne dla obowiązków personelu w podmiotach leczniczych).

Cel, według Stonera [1998, s. 20] to nic innego jak zespół określonych elementów, do których dąży organizacja, poprzez współpracujące ze sobą w ściśle określony sposób zespoły pracowników, wyznaczających sobie

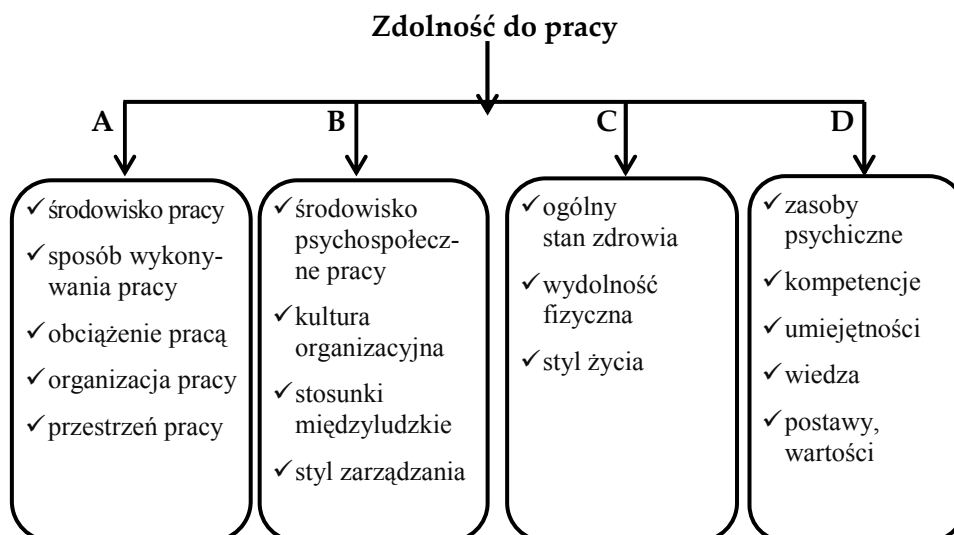
cele zawodowe. Zdaniem autorów [Stoner i inni, 1998, s. 262–263] wyróżnia się minimum cztery ważne powody formułowania celów, a mianowicie:

- maksymalnie koncentrują wysiłki wszystkich członków organizacji, zarówno kadry kierowniczej jak i pracowników;
- wyznaczają i zapewniają właściwe poczucie kierunku wszystkich podejmowanych działań, stanowią element mobilizujący do pokonywania przeszkód;
- wytyczają plany i decyzje, czego konsekwencją jest odpowiedź na pytania dotyczące działań organizacji, a mianowicie: czy dotychczasowa realizacja zadań zbliża, czy oddala od obranego celu?;
- są istotne i niezwykle pomocne w procesie oceny osiągniętych postępów czego następstwem jest twierdząca odpowiedź na zadawane pytania dotyczące trafności ich sformułowania i realizacji.

Skuteczność wywierania wpływu na podległy personel, poprzez uaktywnienie m.in. umiejętności interpersonalnych sprawia, że realizacja przyjętych celów organizacyjnych staje się realna. Należy jednak pamiętać o specyfice pracy w podmiotach leczniczych. Personel medyczny to osoby, które wykonują profesję, należące do grupy zawodów społecznych. Działają na rzecz leczenia i poprawy stanu zdrowia pacjentów, bardzo często w warunkach silnego stresu, spowodowanego różnymi czynnikami (osobowościowymi, organizacyjnym, np. warunki pracy).

Finnish Institute of Occupational Health (FIOH, Fiński Instytut Medycyny Pracy) informuje, iż warunki pracy w danej organizacji w znaczący sposób wpływają na bardzo ważny czynnik, związany ze skutecznością pracowników. Jest on zdefiniowany jako zdolność do pracy. Zdaniem Instytutu, zdolność do pracy to wzajemne relacje pomiędzy możliwościami pracownika a wymaganiami sprecyzowanymi dla danego stanowiska pracy [Pokorski i inni, 2005, s. 49–50]. Zmodyfikowaną koncepcję zaproponowaną przez FIOH, definiującą czynniki wywierające wpływ na zdolność pracownika do pracy prezentuje rysunek 1.

Rysunek 1. Uwarunkowania zdolności do pracy – zmodyfikowana koncepcja FIOH



Źródło: Opracowanie na podstawie: [Pokorski i inni, 2005, s. 50].

Jak wskazano na powyższym rysunku, determinantami o charakterze organizacyjnym są obszary A i B, natomiast obszary C i D definiują komponenty indywidualne pracownika. Odrębna grupę czynników, nie zobrazowaną przez autorów na rysunku, stanowią elementy zakłócające opisaną powyżej równowagę, a scharakteryzowane jako uwarunkowania ogólne spoza środowiska pracy. Należą do nich konflikty rodzinne oraz znaczne zaangażowanie czasowe w sprawowanie opieki nad dziećmi lub innymi członkami rodziny.

Działania potęgujące efektywność winny być skupione na wzmacnianiu zaangażowania personelu medycznego we wszystkie procesy związane z realizacją zadań na poszczególnych stanowiskach pracy. To przecież od ich realizacji zależy satysfakcja zawodowa, jakość wykonywanych usług oraz zaspokojenie oczekiwań pacjentów [Głowacka, Nowakowska, 2006, s. 201]. Możliwość uczestniczenia w życiu organizacyjnym zakładu jest dla jego pracowników szansą na poczucie przynależności, a to z kolei jest warunkiem koniecznym dla odczuwania wewnętrznej automotywacji do wydajności [Drucker, 2005, s. 446], co w konsekwencji przyczynia się do zwracania szczególnej uwagi na efektywność i jakość pracy.

3. Wymiary jakości pracy

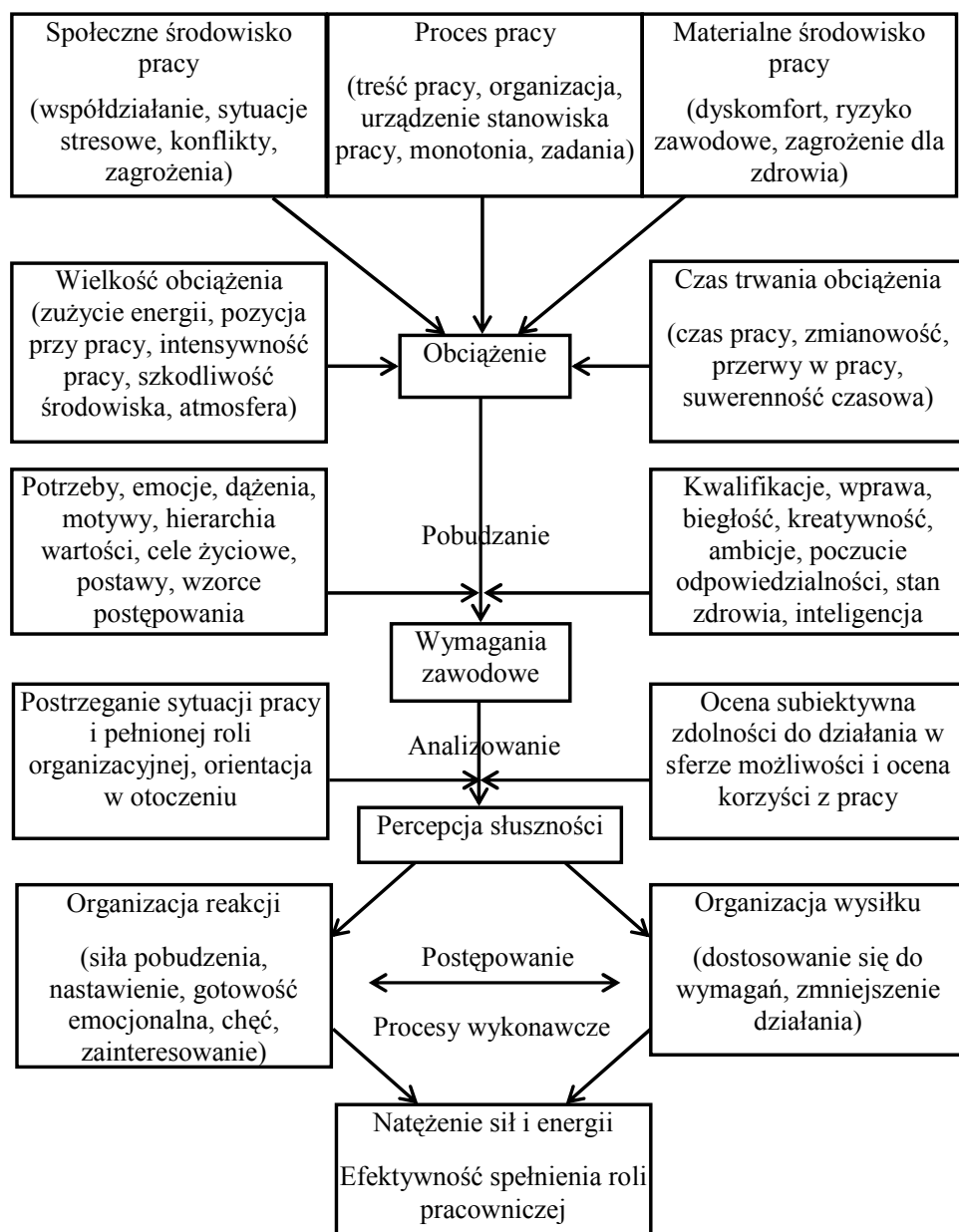
Jakość pracy definiowana jest poprzez analizę jej komponentów. Wśród tych o podstawowym znaczeniu wymienia się środowisko pracy, wewnętrzne cechy pracy, satysfakcję zawodową oraz wykonywanie pracy [Lowe, 2007, s. XII]. Kompatybilność tych czynników w odpowiednich proporcjach jest bezpośrednio związana z procesem pracy, a ich wzajemne relacje skutkują płynnością i efektywnością w realizacji celów organizacyjnych [Nowakowska i inni, 2011, s. 218].

Kadra zarządzająca wywiera najsilniejszy wpływ na jakość pracy w danej organizacji. Żeby jednak tak się stało, niezbędne są dwa zasadnicze czynniki: kształtowany wizerunek jakości zarządzania oraz jakość pracy załogi [Wawak, 2001, s. 73]. Jak wykazuje A. Sajkiewicz [2004, s. 27–28], aby móc mówić o efektywnym procesie jakości pracy, muszą zostać spełnione następujące warunki:

- należy zapewnić wdrażanie i realizację procesów innowacyjnych w procesie zarządzania;
- przeorganizować istniejącą strukturę organizacyjną;
- wprowadzić działania uelastyczniające w istniejących strukturach oraz ograniczyć centralizację władzy;
- motywować do współpracy organizacyjnej na różnych płaszczyznach;
- dążyć i motywować do wprowadzania zmian;
- wdrażać postawę nastawienia na jakość obsługi;
- zapewnić odpowiedni podział pracy, zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień oraz zgodność kwalifikacji z wymogami stanowiskowymi.

Środowisko pracy jest nacechowane wielorakością czynników, bodźców i procesów, które nierozdzielnie towarzyszą pracownikowi w realizacji czynności zawodowych. Rysunek 2 zaproponowany przez J. Penca [2001, s. 90], prezentujący zestaw czynników wpływających na funkcjonowanie pracownika w organizacji, jest swoistego rodzaju drogowskazem dla menedżerów, gdyż wskazuje on na różnorodność komponentów procesu pracy, nierozdzielnie związanych z realizacją zadań pracowniczych. W celu efektywnego zarządzania personelem medycznym dla uzyskania satysfakcjonujących, wymiernych wyników, warto poddać analizie te obszary, które w sposób bezpośredni lub/i pośredni współistnieją i wpływają na jakość pracy.

Rysunek 2. Czynniki wpływające na funkcjonowanie pracownika w organizacji



Źródło: [Penc, 2001, s. 90].

Poddając analizie wymiary jakości pracy warto posłużyć się typologią, którą zaproponowali K. McMullen i G. Schellenberg [2003, s. 9]. Autorzy identyfikują osiem podstawowych wymiarów, uzupełniając je obszarami o szczególnym znaczeniu. Klasyfikacja ta zawiera następujące wymiary:

1. Relacje w środowisku pracy (komunikacja, szacunek, zaufanie, zaangażowanie, sprawiedliwość).
2. Struktura organizacyjna (poziom wpływ pracowników, partycypacja w procesach decyzyjnych, wymiana informacji).
3. Model pracy (autonomia i kontrola, przepływ informacji zwrotnych, zasoby).
4. Nagrody zewnętrzne (świadczenia, stabilność zatrudnienia).
5. Nagrody wewnętrzne (poczucie spełnienia zawodowego, kreatywność i podejmowanie inicjatyw).
6. Godziny pracy i harmonogram (godziny pracy wraz z nadgodzinami, elastyczność, równowaga relacji praca zawodowa – życie prywatne).
7. Wykorzystywanie umiejętności i rozwój (szkolenia i możliwość doskonalenia, szanse awansu, wykorzystywanie rozwiązań techniczno-technologicznych).
8. Zdrowie i bezpieczeństwo (fizyczne środowisko pracy, fizyczne wymagania pracy, psychospołeczne wymagania pracy).

Rolą menedżera podmiotu leczniczego pełniącego funkcje personalne, jest kierowanie, monitorowanie oraz wspieranie szeregu działań pracowników, by w konsekwencji osiągnąć wymierne rezultaty dające wysoki poziom jakości pracy. Zdaniem M. Armstronga [2007, s. 22] ogromne znaczenie dla osiągnięcia korzyści zarówno organizacyjnych jak i indywidualnych (z punktu widzenia pracownika i pracodawcy) ma odpowiednie modelowanie środowiska pracy. Takie działania uwidaczniają personelowi szanse, jakie stawia przed nimi podmiot medyczny, a w perspektywie pozwalają wykorzystać w pełni kwalifikacje, potencjał i możliwości pracowników. Jak wskazuje E. Mojs [2004, s. 237] przywódca w organizacji pełni dwie zasadnicze funkcje. Pierwsza z nich związana jest z nastawieniem na realizację zadań, druga związana z utrzymaniem grupy zadaniowej. W pierwszej ma za zadanie przekazywanie informacji, opinii, wskazywanie rozwiązań, w drugiej zaś powinien skupić swoją uwagę i wysiłek na integracji pracowników. Z analizy M. D. Głowackiej i wsp.

[2006, s. 202] wynika, iż motywatorem do efektywnych działań jest również wsparcie udzielane pracownikom, pochodzące z różnych źródeł życia organizacyjnego i przybierających wielorakie formy (jakże ważne z punktu widzenia klasyfikacji wymiarów jakości pracy). Wsparcie to jest czynnikiem zbyt często niedocenianym przez kadrę zarządzającą. Wsparcia udzielanego pracownikom należy doszukiwać się od strony minimum trzech źródeł, a wśród nich wymieniane są [Głowacka, Nowakowska, 2006, s. 203]:

1. Organizacja, poprzez:
 - efektywną politykę kadrowo-płacową,
 - wypracowany i wdrażany system motywacyjny,
 - stwarzanie i propagowanie możliwości do korzystania z różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego,
 - przeciwdziałanie skutkom stresu w pracy.
2. Przełożeni, poprzez:
 - odpowiedni dobór motywatorów i rzetelny proces okresowego oceniania pracowników,
 - dbałość o dostęp i różnorodność form doskonalenia zawodowego oraz projektowanie i rozwój ścieżek kariery zawodowej,
 - stwarzanie warunków przyjaznego, bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy.
3. Współpracownicy, poprzez:
 - tworzenie i wspieranie integralnych i interdyscyplinarnych zespołów zadaniowych,
 - neutralizację wpływu presji czasu,
 - dbałość o pozytywne kontakty interpersonalne,
 - wypracowanie atmosfery wzajemnego szacunku i uznania,
 - zapewnienie poczucia więzi społecznej.

Ważnym jest, by zachować właściwe proporcje w relacji: poniesione nakłady – wyniki.

4. Podsumowanie

Działania zmierzające do prężnego rozwoju podmiotów leczniczych (w niełatwym dla nich okresie przekształceń systemowych i ustawodawczych) powinny być nakierowane na zdobycie odpowiedniej pozycji na

rynku. Nie stanie się to jednak bez zaangażowania wiedzy, kompetencji, profesjonalizmu menedżera, który dobrze wie, iż wszystkie zamierzone cele może zrealizować, jeśli w odpowiedni sposób wpłynie na swoich pracowników, także poprzez stworzenie im odpowiednich warunków środowiska pracy. Wymagania rynku wciąż ewoluują, a podmioty lecznicze potrzebują skutecznych menedżerów, by efektywnie działać na konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych. Działania te dotyczą także sfery polityki personalnej. Jak wskazuje R. Rasińska [2011, s. 76], kierowanie pracownikami to także współdziałanie z nimi, bo przecież wszyscy członkowie zakładu integralnie realizują wspólne cele organizacyjne.

Warto, by kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi zdała sobie sprawę (a wręcz była o tym przekonana), że motorem – inicjatorem w ich organizacji są menedżerowie, ale siłą napędową jej pracownicy. Ciągłe, mniej lub bardziej radykalne, zmiany w sektorze ochrony zdrowia dotykają wszystkich zatrudnionych na wszystkich szczeblach. Receptą na dostosowanie się do nich może być tylko elastyczność i otwartość na proponowane formy, poprzez odpowiednią postawę zawodową i społeczną, a także poprzez kształtowanie zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy, warunkującego skuteczność i efektywność zawodową. Wymaga tego warunek profesjonalizmu, efektywności zawodowej, wartości i jakości pracy.

Bibliografia

- Armstrong M. (2007), *Zarządzanie ludźmi, Praktyczny przewodnik dla menedżerów liniowych*, Klasyka Biznesu, Poznań.
- Głowacka M.D., Nowakowska I., (2006), *Wsparcie społeczne jako jeden z elementów efektywności zawodowej w realizacji podstawowych celów opieki zdrowotnej*, [w:] Głowacka M.D. (red.) *Zarządzanie zdrowiem publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań.
- Griffin R.W., (2002), *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa.
- Lowe G. (2007), *21st Century Job Quality: Achieving What Canadians Want*, CPRN Research Report W/37 Work and Learning.
- McMullen K., Schellenberg G. (2003), *Job Quality in Non-profit Organizations*, CPRN Research Series on Human Resources in the Non-profit Sector, no 2.
- Mojs E., (2004), *Umiejętności psychologiczne w zarządzaniu*, [w:] Głowacka M.D., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, Wydawnictwo Termedia, Poznań.

- Nowakowska I., Głowacka M.D., Rasińska R., Głowacka-Rębała A., (2011), Zarządzanie jakością pracy członków organizacji, *Problemy Zarządzania*, vol. 9, nr 4 (34), s. 217–225.
- Penc J., (2001), *Kreowanie zachowań w organizacji*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa.
- Pokorski J., Pokorska J., Nitecka E. (2005), *Wskaźnik zdolności do pracy pielęgniarek z 10 krajów UE*, [w:] *Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT*, Materiały konferencyjne.
- Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J. (2011), *Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów w opiece zdrowotnej*, [w:] T. Falencikowski (red.), *Działanie współczesnych przedsiębiorstw. Determinanty kulturowe, zasobowe i samorządowe*, Wyższa Szkoła Bankowa, tom 12, Gdańsk.
- Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R. jr (1998), *Kierowanie*, PWE, Warszawa.
- Wawak T. (2001), *Zarządzanie a jakość pracy i życia*, [W:] *Zmieniające się przedsiębiorstwo w zmieniającej się politycznie Europie*, tom 4, Wydawnictwo Informacji Ekonomicznej, Kraków.

Hanna Lewandowska

Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

Zasoby ludzkie w strategii rozwoju poradni specjalistycznych

Human resources in the development strategy of specialist clinics

Abstract: The development strategy of the organization is built among others on the basis of the activity area and scope, distinguishing competences and expected results for stakeholders, which requires observations of the changes occurring in its surroundings. Supply and demand as well as fast reaction to occurring changes make it possible for the organization to achieve quasi-monopoly competitive predominance, in particular on the basis of possessed or acquired human resources. In case of healthcare organizations providing health services the basis of the predominance comprises the knowledge possessed by the employees and acquiring the appropriate human resources is connected with so called segment recruitment. It takes much more time and takes into consideration characteristic features of a professional group such as doctor and also it has significantly bigger requirements connected with labor environment. The form of labor agreement, which has been used for the last few years, in form of a contract, increased the supply of this professional group which makes it possible to increase the number of specialist clinics and to move the healthcare from in-patients to out-patients. The problem is connected with the rareness of human resource in such specialties as rehabilitation. The recruitment process in this case requires much more time and finance.

Purpose of the study. The presentation of the role which human resources play in building the development strategy of the organization, methods and techniques of acquiring them and activities connected with it leading to the development of out-patient specialist care.

Material and methods. The review of the subject literature characterizes the peculiarity of human resources and their role in building knowledge based competences/specialties of the organizations. Whereas, the empirical tests conducted in the Non-public Healthcare Organization (NZOZ) in one of the provincial cities, to which about 27,100 citizens declared their membership, were used to verify the hypothesis about the impact of the human resources' rareness on the development of specialist clinics. The quality method gave the answer to the question what methods and techniques and what time input are needed to acquire employees with proper specialties and the quantitative method presents the conditions in a synthetic way which affected the decisions of specialist doctors and rehabilitation employees to take the job.

Results. Acquiring human resources in the tested organization requires time input amounting from about 14 to about 35 days depending on the specialties of the recruited doctors whereas in case of rehabilitation laboratories it is a continuous process. The main basis constitute hospitals working in the city which causes that about 89% of laboratories provides services in the early morning and in the evening. The main form of employment comprise contracts (about 93% of the employees) and contracts of personal services. The factors connected with the labor environment influence the recruitment process, which is indicated by 100% of employed specialists. The rareness of human resources for rehabilitation laboratories constitutes a significant problem. The recruitment methods applied in this case indicate that the number of employees acquired by the examined NZOZ increases as a result of direct transmission (from about 81% in 2009 to about 96% in 2011) and offering the remuneration from about 15% to about 25% higher than in other clinic of the same type. 83% of people employed in the rehabilitation clinic indicated this motivator as significant.

Conclusions. The rareness of human resources does not have any influence on the limitation of development in the specialist clinic, whereas the system limitations make it impossible to use the resources acquired by the organization (except for the rehabilitation clinic) fully and effectively and limit the possibility to use the material resources possessed by it.

Key words: strategy, organization, development, human resources, management, specialist clinic.

1. Wprowadzenie

Strategię organizacji, definiowaną jako koncepcję funkcjonowania poprzez określone sposoby działania tworzą m.in. takie składniki jak [Newman, Logan, Hegarty 1989, s. 6; Peters, Waterman 1982, s. 10]: poszukiwane dziedziny i zakres działania (źródła przewagi konkurencyjnej), wyróżniające kompetencje w oparciu o zasoby oraz oczekiwane wyniki dla interesariuszy. Umożliwia to rozróżnienie strategii na poziomie [Porter 2010, s. 58]:

- organizacji, która pozwala odpowiedzieć na pytanie jakimi dziedzinami działalności organizacja będzie się zajmować, a z których zrezygnuje oraz w jaki sposób dystrybuowane będą dostępne zasoby;
- obszaru działalności pozwalającej na identyfikację kręgu odbiorców i określonej grupy produktów/usług, a więc odpowiedzi na pytanie w jaki sposób organizacja będzie konkurować oraz w jaki sposób chce osiągnąć przewagę konkurencyjną. Zastosowanie w tym przypadku mogą mieć strategie zaproponowane przez M.E. Portera w postaci przywództwa kosztowego, zróżnicowania oraz niszy rynkowej;
- funkcjonalnym dotyczącym m.in. zasobów ludzkich, a więc odpowiadające na pytanie w jaki sposób poszczególne funkcje mogą przyczynić się do realizacji strategii oraz jak pozyskać i wykorzystać odpowiednie zasoby (ludzkie), aby osiągnąć przewagę konkurencyjną [Kreikebun 1996, s. 62].

Osiągnięcie przez organizację założonych celów wymaga, aby strategia założona na poziomie wyższym uwzględniała strategię przyjętą na poziomie niższym. Strategia zasobów ludzkich wymaga więc skoordynowania jej z obszarem i dziedziną działalności, którą organizacja zamierza rozwijać. Prowadzi to do konieczności [Wright, MaMahan 1992, s. 295]:

- postrzeganie pracowników jako zasobów strategicznych oraz
- zgodności i ukierunkowania działań związanych z tymi zasobami na realizację celów organizacji.

Postrzeganie pracowników w kategorii zasobów strategicznych organizacji wynika z modelu zasobowego zarządzania organizacją. Przyj-

muje on, że źródłem przewagi konkurencyjnej, poza zasobami materialnymi, są również zasoby nieujęte w bilansie księgowym takie jak: wiedza pracowników, ich umiejętności i doświadczenie oraz wzajemne relacje między nimi [Boxall, Purcell 2002, s. 74]. Czynniki te stanowią warunki brzegowe ograniczające możliwość selekcji kandydatów do pracy oraz wynikają z historycznych warunków rozwoju organizacji, jej społecznej złożoności i związków przyczynowo-skutkowych między sukcesem firmy a uwarunkowaniami wynikającymi z wewnętrznych związków między-ludzkich i zewnętrznych powiązań organizacji [Golnau (red.) 2007, s. 54].

Ze strategią powiązane jest ściśle zarządzanie strategiczne. Kryterium klasyfikacji zarządzania strategicznego związanego ze źródłami przewagi konkurencyjnej pozwala tą koncepcję podzielić na wewnętrzną i zewnętrzną. Pierwsza z nich zakłada, że źródłem przewagi konkurencyjnej są zasoby organizacji w postaci kluczowych kompetencji, wyróżniających zdolności, umiejętności uczenia się oraz koncepcja organizacji opartej na wiedzy, druga natomiast zakłada, że o konkurencji organizacji decydują czynniki w jej otoczeniu [Porter 2010, s. 74].

Celem opracowania jest przedstawienie roli, jaką spełniają zasoby ludzkie w budowaniu strategii rozwoju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz technik i metod ich rekrutacji.

Sformułowano jednocześnie hipotezę orzekającą, że rzadkość zasobów ludzkich stanowi warunek brzegowy oraz wpływa na ograniczenie rozwoju poradni specjalistycznych.

2. Materiał i metody

Realizację założonego celu osiągnięto stosując trzy metody badawcze tj. przegląd literatury przedmiotu, badania jakościowe i badania ilościowe. Pierwsza z metod pozwoliła na wyjaśnienie podejścia badawczego związanego z zasadniczym celem opracowania tj. wyjaśnieniem specyfiki zasobów ludzkich w organizacjach świadczących usługi zdrowotne, ich roli w budowaniu modelu organizacji oraz strategii rozwoju. Metoda jakościowa dała odpowiedź na pytanie, za pomocą jakich metod i technik rekrutacji organizacja pozyskuje zasoby ludzkie dla poradni specjali-

stycznych, natomiast metoda ilościowa w sposób syntetyczny charakteryzuje wpływ środowiska pracy na decyzje podejmowane przez lekarzy o podjęciu pracy. Badaniami objęto NZOZ funkcjonujący w jednym z miast województwa mazowieckiego świadczący usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w oparciu o kontrakty podpisane z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Organizacja ta świadczy również odpłatne usługi specjalistyczne w takich samych specjalnościach, jak usługi zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Do przychodni swoją przynależność zadeklarowało ok. 27100 osób w wieku średnim od ok. 25 do ok. 30 lat (ok. 72%) oraz osoby starsze w wieku od ok. 65–80 lat (ok. 17%).

3. Specyfika zasobów ludzkich w organizacjach ochrony zdrowia

Dokonane w ostatnich latach przewartościowanie założeń odnoszących się do roli człowieka w organizacji oraz jego pracy spowodowało, że coraz rzadziej pracownik postrzegany jest w kategoriach podwładnego [Drucker 2009, s. 27]. Dotyczy to zwłaszcza tych organizacji, które bazują na pracownikach posiadających specjalistyczny zasób wiedzy i dla których wiedza jest głównym elementem ich pracy [Davenport 2007, s. 23]. Pracowników tych Drucker zdefiniował jako pracowników wiedzy tj. takich, którzy o swojej pracy wiedzą więcej niż ktokolwiek inny. Dotyczy to zwłaszcza wysokiej klasy specjalistów, szczególnie cennych z punktu widzenia organizacji. Ludzi tych charakteryzują takie cechy jak [Koźmiński 2004, s. 78]: pozycja i prestiż społeczny, udokumentowane kwalifikacje i osiągnięcia oraz niezależność w podejmowaniu decyzji. Niezależność ludzi wiedzy określana w tym przypadku stopniem ich kompetencji, będących wypadkową zdobytych kwalifikacji i doświadczenia powoduje silne uzależnienie menedżerów/liderów od swoich podwładnych. Oddolne uzależnienie z jednej strony w sposób pejoratywny może wpływać na działalność innowacyjną związaną z procesami, produkcją lub świadczeniem usług, z drugiej jednak strony ludzie wiedzy wymagają od przełożonych wytycznych w kwestii stan-

dardów i norm oraz wydajności wymaganych przez organizację. Relacja ta ma więc charakter sprzężenia zwrotnego [Drucker 2011, s. 133].

Zasoby wiedzy, jaką dysponują i wykorzystują pracownicy prowadzi do ich kategoryzacji ze względu na stopień wykorzystywania tej wiedzy i pozwala wyróżnić pracowników [Sopińska 2008 s. 89]: posiadających wiedzę przetwarzaną i wykorzystywaną w miejscu pracy, wykorzystujących swoją wiedzę jednocześnie w kilku miejscach i pracowników wykorzystujących określony zasób posiadanej wiedzy. Prowadzi to do ich podziału na kilka segmentów. Można więc wyróżnić [Erickson, Gratton 2007]:

- segment niskich zobowiązań i stałych dochodów, w którym aspiracje i ambicje pracowników znajdują się na najniższym poziomach piramidy Masłowa;
- segment elastycznego wsparcia obejmujący pracowników, którzy dają ponieść się ogólnym tendencjom panującym w organizacji, jednak nie postrzegają swojej pracy jako priorytetu;
- segment ryzyka i nagrody grupujący pracowników, dla których praca jest wyzwaniem;
- segment wiedzy jednostkowej i pracy zespołowej pozwalający na wyodrębnienie grupy ludzi, którzy szukają pracy tam, gdzie istnieje możliwość uznania w zespole;
- segment rozwoju pozwalający na poszukiwanie obiecującej i pewnej ścieżki kariery; oraz
- segment spuścizny charakteryzujący ludzi, których celem jest możliwość trwałego wpływu na funkcjonowanie organizacji.

Z posiadanymi zasobami wiedzy związana jest cecha charakterystyczna postępowań ludzkich, jaką w wielu przypadkach jest brak chęci do dzielenia się wiedzą. Wynika to głównie z obawy przed utratą samodzielności, niezależności i wysokiego prestiżu społecznego oraz znaczenia w środowisku pracy. Z cechami charakteru pracowników wiedzy związana jest również ich mobilność. Utrata przez organizacje tych pracowników, jako właścicieli środków produkcji tj. wiedzy może w znacznym stopniu osłabić jej potencjał wytwórczy. Wynika to z cech charakteryzujących ludzi wiedzy, takich jak [Goffee, Jones 2007, s. 72]: poczucie

własnej wartości, świadomość organizacyjna, ignorowanie hierarchii oraz brak zaakceptowania podległości służbowej.

Zarządzanie ludźmi wiedzy ze względu na ich dużą niezależność zawodową i poczucie własnej wartości wymaga uwzględnienia kultury zawodowej tej grupy społecznej, a więc znacznie bardziej wysublimowanych, niż powszechnie uznanych za wystarczające, instrumentów motywowania. Bezpośrednią przyczyną jest brak możliwości nadzorowania ich pracy przez zarządzających organizacją. Sprawowana kontrola oparta jest więc głównie na zaufaniu, systemie wyznawanych przez ludzi wiedzy wartości oraz przestrzeganiu ogólnie obowiązujących norm współżycia społecznego i standardów postępowania. Z zasad tych wynika duża swoboda decyzji, co do podejmowania działań, ponieważ np. w przypadku lekarzy jej ograniczenie może zwiększyć zagrożenie dla pacjenta [Swidey 2004]. Wynikiem jest również odejście od tradycyjnych praktyk zarządzania [Hamel 2006, s. 72] i dezawuacja tradycyjnych metod oceny wydajności oraz przyjęcie takich mierników, które przy ocenie wkładu w realizację zadań, jakie stawia organizacja będą uwzględniały [Drucker 2009, s. 47]: samokontrolę, innowacyjność, relacje międzyludzkie, nieustanny rozwój własny i edukowanie współpracowników, wydajność mierzona jakością, a nie ilością wykonywanej pracy, a także umiejętność reakcji na nieoczekiwane zdarzenia i sytuacje kryzysowe. W ujęciu syntetycznym efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim (zasobami) można więc sprowadzić do trzech modeli [Walshe, Smith 2011, s. 302]:

- najlepszych możliwych rozwiązań praktycznych,
- wykorzystania zasobów posiadanych przez organizację,
- czynników sytuacyjnych (najlepszego dopasowania).

Pierwszy z nich dotyczy znaczenia atmosfery szacunku i wspólnych celów oraz możliwości podejmowania decyzji, odpowiednich motywacji oraz podziału odpowiedzialności. Zwraca więc uwagę na synergię i komplementarność między działaniami. Drugi bazuje na zasobach trudnych do skopiowania i zastąpienia, gdzie kluczowe kompetencje ludzi wiedzy są źródłem przewagi konkurencyjnej organizacji, a priorytetem takie zarządzanie, które wzmacnia te kompetencje. Trzeci natomiast polega na stosowaniu takich praktyk w zarządzaniu, które zwi-

zane są z określona sytuacją i zasadą uzupełniania się podjętych działań. Można w tym przypadku wyróżnić dwie grupy czynników. Pierwsza to czynniki ekonomiczno-technologiczne (wielkość i struktura organizacji, dostępność środków finansowych, wyposażenie) [Lewandowska 2011], natomiast druga to czynniki społeczno-polityczne (prawo pracy, normy społeczne, etc.).

4. Zasoby ludzkie w budowaniu modelu organizacji

Zasoby niematerialne reprezentowane przez pracowników stanowią jeden z najważniejszych elementów tworzących wartość organizacji. Stanowiąc kapitał intelektualny organizacji, decydują o jej sile i potędze. Wykorzystanie tych zasobów uzależnione jest jednak od jej misji i strategii, struktury i kultury organizacyjnej, przywództwa oraz odpowiedniego doboru motywatorów. Wynika również z roli, jaką pracownicy spełniają w organizacji tj. przydatności posiadanej przez nich wiedzy [Drucker 2008, s. 431].

Wykorzystując zasoby w postaci wiedzy i umiejętności zatrudnionych lub pozyskanych pracowników organizacja może budować i podwyższać kompetencje lub rozszerzać zakres działalności [Armstrong 2011, s. 98]. Towarzyszące tym działaniom prawidłowe zarządzanie wiedzą, które jest procesem wykorzystania kapitału intelektualnego w celu uzyskania przewagi konkurencyjnej [Davenport, Prusak 1997] wpływa nie tylko pozytywnie na wyniki podejmowanych działań, ale powoduje również, że organizacja staje się bardziej atrakcyjna dla wszystkich jej interesariuszy. Następuje to m.in. w oparciu o poprawne sformułowanie i odpowiednie podanie do wiadomości publicznej zakresu świadczonych usług (kompetencji) m.in. poprzez tzw. marketing szeptany, który coraz częściej zastępuje tradycyjne formy przekazu [Levinson 2011, s. 335].

Budowa strategii i modelu organizacji związana jest również z ukierunkowaniem działań rekrutacyjnych. Istotnym atutem jest zapewnienie przyszłym pracownikom dobrze wyposażonego stanowiska i elastycznego czasu pracy. Bariery natomiast pozostają ograniczenia administra-

cyjne np. w sektorze ochrony zdrowia wielkość i wartość kontraktów, jakie można podpisać z Narodowym Funduszem Zdrowia, które dla organizacji świadczących usługi medyczne stanowią główne, największe i najpewniejsze źródło jej przychodów.

5. Strategia rozwoju organizacji – studium przypadku

Cele strategiczne każdej organizacji związane są z jej dążeniem do utrzymania już osiągniętej pozycji i dalszym rozwojem. Determinowane jest to w wielu przypadkach, np. w organizacjach świadczących usługi zdrowotne, pozyskaniem zasobów ludzkich w takiej ilości i o takich kwalifikacjach, które w istotny sposób umożliwią zrealizowanie przyjętego celu. Działania te wymagają jednak m.in. systematycznej analizy rynku związanej z przedmiotem działalności (świadczonymi usługami), która pozwoli organizacji nie tylko na zajęcie niszy rynkowej określanej przez Druckera mianem „rogatki”, ale zapewni również quasi – monopolistyczną przewagę konkurencyjną w wyniku pierwszeństwa pojawienia się na rynku z oczekiwany panelem usług [Drucker 1992, s. 224].

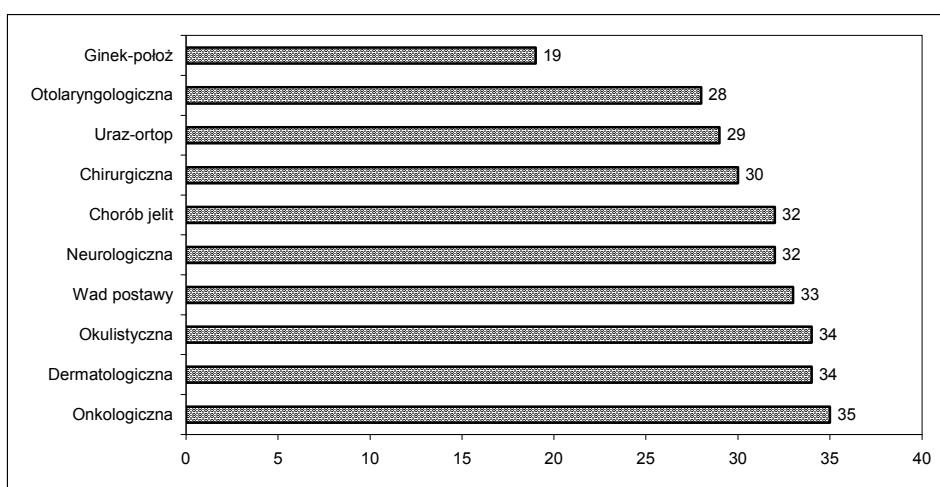
Badana organizacja funkcjonująca jako NZOZ w jednym z miast województwa mazowieckiego wykorzystując strategię „rogatki” zapewniła sobie w 2011 roku przewagę konkurencyjną w stosunku do innych organizacji. Potwierdzeniem tej tezy jest wzrastająca ilość punktów (wartość kontraktów) przyznana na poszczególne poradnie przez NFZ (w 2011 roku średni wzrost ilości punktów wynosił ok. 3,5% w stosunku do 2010 roku, natomiast w 2012 rok ok. 2% w zależności od rodzaju poradni specjalistycznej¹). Działania te poprzedzone zostały jednak przez rozbudowę bazy lokalowej pozwalającej na skumulowanie w jednym miejscu wszystkich gabinetów specjalistycznych, ich wyposażeniem w odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny oraz wstępnie podpisane umowy z lekarzami odpowiednich specjalności.

Pozyskanie zewnętrznych zasobów ludzkich dla poradni związane było z tzw. rekrutacją segmentową, którą należy rozumieć w wąskim znaczeniu, jako zainspirowany przez organizację proces poszukiwania

¹ Informacje uzyskane od Zarządu badanego NZOZ w lutym 2012 roku.

kandydatów spełniających ściśle określone kryteria [Pocztowski 1998, s. 72]. Wymagało to od organizacji znacznie większego nakładu czasu, niż ma to miejsce w organizacjach, w których pracownicy nie muszą posiadać specjalistycznych kwalifikacji/wiedzy. W badanej organizacji czas ten w zależności od specjalizacji lekarzy wynosił od 14 do 35 dni.

Wykres 1. Nakład czasu pracy związany z rekrutacją zewnętrzną (w dniach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z badanej przychodni.

Nakład czasu pracy związany z rekrutacją skorelowany był/jest ściśle z uruchamianym gabinetem specjalistycznym/specjalnością reprezentowaną przez lekarzy, a więc z podażą rynku pracy. Sposobem dotarcia do potencjalnych kandydatów była/jest metoda nieformalnego przekazu ustnego prowadzona przez pracowników już zatrudnionych, a główną bazą rekrutacji szpital wojewódzki/miejski. Rekrutacji sprzyja forma zatrudnienia lekarzy specjalistów stosowana coraz szerzej przez szpitale – kontrakt, która pozwala pracownikom na podejmowanie zatrudnienia w kilku jednostkach bez naruszania stosownych przepisów prawa pracy². Wynikiem tych działań jest wzrost podaży lekarzy określonych specjalności oraz możliwość uruchomienia większej liczby poradni specjalistycznych. Sta-

² Dyrektywa 2003/88/EC dot. czasu pracy lekarzy.

nowi to jednocześnie podstawę do zmiany systemowej pozwalającej na przesunięcie akcentu leczenia z opieki szpitalnej na opiekę ambulatoryjną. Jedynym ograniczeniem, podkreślanym przez zarząd badanej organizacji, w dalszym ciągu pozostaje wysokość kontraktów (pomimo ich wzrostu) na świadczenia specjalistyczne, regulowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), która nie pozwala na pełne wykorzystanie zdolności i możliwości znajdujących się w dyspozycji badanej organizacji.

Rekrutując lekarzy specjalistów Zarząd badanego zespołu poradni specjalistycznych oferuje dobrze wyposażone gabinety w wysokiej klasy aparaturę i sprzęt medyczny oraz dostęp (na miejscu) do aparatury specjalistycznej i Internetu. Atuty te, związane bezpośrednio z fizycznym środowiskiem pracy, uznane przez P.F. Druckera za jeden z celów strategicznych organizacji (P.F. Drucker, 2005, s. 49), potwierdzone badaniami ankietowymi przeprowadzonymi wśród 19 zatrudnionych lekarzy specjalistów powodują, że strategia rozwoju badanego NZOZ nie spotyka się z ograniczeniami w postaci rzadkości zasobów ludzkich. Dodatkowe udogodnienia dla lekarzy w postaci godzin pracy (89% poradni dostępna jest dla pacjentów w godzinach od 12.00 do 20.00), wynagrodzenia na ogólnie akceptowalnym poziomie oraz formy zatrudnienia w postaci kontraktu (ok. 93% lekarzy) lub umowy – zlecenia pozwalają badanej organizacji na planowanie dalszego rozwoju działalności poprzez m.in. zwiększenie ilości i rodzaju świadczonych usług medycznych – por. tabela 1.

Tabela 1. Ocena atutów organizacji przez lekarzy specjalistów

Atuty dla lekarzy	Wysoki	Średni	Bez znaczenia
Własny gabinet	19	–	–
Wyposażenie (aparatura i sprzęt medyczny)	19	–	–
Godziny pracy	16	3	–
Wynagrodzenie	–	17	2
Odległość od miejsca zamieszkania	4	4	11
Nadzór administracyjny	2	1	16

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w 2012 roku.

Wszyscy respondenci za największy atut organizacji uznali dobre wyposażenie gabinetów oraz takie zorganizowanie czasu pracy, w którym godziny przyjęć jednego lekarza specjalisty nie nakładają się na godziny przyjęć innego lekarza tej samej specjalności w tym samym gabinecie oraz pozwalają na pogodzenie pracy w innych jednostkach. Przyjęte rozwiązanie pozwala również na efektywne wykorzystanie aparatury i sprzętu znajdującego się na wyposażeniu poradni. Nadzór administracyjny w tym przypadku sprowadza się do przydzielenia na daną poradnię specjalistyczną liczby punktów (procedur), jakie lekarze mogą zrealizować w danym miesiącu i systematycznego ich monitorowania.

Odrębnym i istotnym problemem pozostaje rzadkość zasobów ludzkich specjalności jaką jest rehabilitacja. Proces rekrutacji wśród tej grupy zawodowej ma charakter ciągły i prowadzony jest wszelkimi możliwymi metodami. Należą do nich ogłoszenia zamieszczone w Internecie, biurach pracy, prasie lokalnej oraz na uczelniach. Najczęściej stosowaną jednak metodą jest kontakt bezpośredni z pracownikami innych poradni i nauczycielami gimnastyki, którym zarząd badanego zespołu poradni specjalistycznych oferuje m.in. wyższe wynagrodzenie i/lub dofinansowanie szkoleń i kursów fizykoterapii.

Tabela 2. Liczba pracowników rehabilitacji według metod ich pozyskania (%)

Rok/ Metoda	2009	2010	2011
Internet	3	2	2
Biuro pracy	5	6	6
Prasa lokalna	5	6	5
Przekaz/kontakt bezpośredni	81	86	96
Uczelnia	1	–	1
Inne	5	–	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanej od Zarządu badanego zespołu poradni specjalistycznych.

W wyniku wywiadów z zarządzającymi innymi poradniami rehabilitacyjnymi ustalono, że różnica w wysokości wynagrodzenia oferowana przez zarząd badanego zespołu poradni dla pracowników rehabilitacji w

stosunku do innych poradni wynosi od ok. 15% do ok. 25% w zależności od posiadanej specjalności. Do zmiany miejsca pracy ze względu na proponowane wynagrodzenie, w badanej poradni, przyznało się ok. 83% respondentów. Potwierdzeniem natomiast tezy o trudnościach związanych z rekrutacją tych pracowników (ich rzadkością) jest czas oczekiwania na zabiegi, który w badanej poradni wynosi ok. 180 dni.

6. Podsumowanie

Budowanie strategii rozwoju poradni specjalistycznych związane jest z umiejętną obserwacją rynku popytu na usługi medyczne i ich podażą oraz wykorzystaniem pojawiającej się niszy rynkowej pozwalającymi na uzyskanie quasi – monopolistycznej pozycji. Pozyskanie natomiast zasobów ludzkich powiązane z zaoferowaniem dobrze wyposażonego miejsca pracy oraz dogodnymi warunkami jej wykonywania powoduje, że w badanej organizacji proces rekrutacji przebiega zgodnie z przyjętym planem jej rozwoju strategicznego. Pozwala to na odrzucenie przyjętej hipotezy o wpływie rzadkości zasobów ludzkich na ograniczenie rozwoju poradni specjalistycznych. Na pozytywne natomiast zweryfikowanie hipotezy pozwala obszar badań związany z poradnią rehabilitacyjną. Nierozwiązanym problemem pozostaje w dalszym ciągu brak możliwości efektywnego wykorzystania zasobów ludzkich i materialnych w wyniku rozwiązania systemowego, jakim jest ograniczenie przez NFZ wysokości kontraktów dla tych poradni, dla których problem rekrutacji pracowników nie występuje.

Bibliografia

- Armstrong M., *Zarządzanie ludźmi*, Rebis Poznań 2011.
- Boxall P., Purcell J., (2002), *Strategy and Human Resources Management*, Palgrave MacMillan, London.
- Davenport Th.H., (2007), *Zarządzanie pracownikami wiedzy*, Wolters Kluwer, Kraków.
- Davenport Th., Prusak L., (1997), *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*, Harvard Business School Press, Cambridge.
- Drucker P.F., (1992), *Innowacje i przedsiębiorczość. Praktyka i zasady*, PWE, Warszawa.

- Drucker P.F., (2005), *Praktyka zarządzania*, MTBiznes, Warszawa.
- Drucker P.F., (2008), *Myśli przewodnie*, MTBiznes Warszawa.
- Drucker P.F., (2009), *Zarządzanie XXI wieku*, MTBiznes Warszawa.
- Drucker P.F., (2011), *Menedżer skuteczny*, MTBiznes, Warszawa.
- Dyrektywa 2003/88/EC dot. czasu pracy lekarzy.
- Erickson T.J., Gratton L., (2007), *What it Means to Work Here*, Harvard Business Review, March;
- Goffee R., Jones G., (2007), *Leading Clever People*, Harvard Business Review, March.
- Golnau W., (red.), (2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, CeDeWu, Warszawa.
- Hamel G., (2006), *The Way. What and How of Management Innovation*, Harvard Business Review.
- Koźmiński A.K., (2004), *Zarządzanie w warunkach niepewności*, PWN, Warszawa.
- Kreikebun H., (1996), *Strategiczne planowanie w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa.
- Lewandowska H., *Zarządzanie ryzykiem w organizacjach ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 3/2011.
- Levinson J.C., (2011), *Marketing partyzancki*, Wolters Kluwer Warszawa;
- Newman W.H., Logan J.P., Hegarty W.H., (1989), *Strategy. A Multi – Level. Integrative Approach*, South-Western Publishing Co., Cincinnati, Ohio;
- Peters T.J., Waterman R.H., (1982), *In Search of Excellence: Lessons from American’s Best Run Companies*, Harper&Row, N.Y. ;
- Pocztowski A., (1998), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Antykwa Kraków;
- Porter M.E., (2010), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, MTBiznes, Warszawa;
- Sopińska A., (2008), *Wiedza jako strategiczny zasób przedsiębiorstwa. Analiza i pomiar kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*, SGH Warszawa;
- Swidey N., *The Revolutionary*, “Boston Globe Sunday Magazine”, 4.01.2004;
- Wright P.M., MacMahan G.C., *Theoretical Perspectives for Strategic Human Resource Management*, “Journal of Management” 18/1992;
- Walshe K., Smith J., (2011), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.

Magdalena Wysocka

Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. Prof. T. Kotarbińskiego

Spółeczna odpowiedzialność organizacji ochrony zdrowia

The health care organizations social responsibility

Abstract: The article presents a practical context for corporate social responsibility (CSR) in health care organizations, with particular emphasis on the practices in the areas of task forces personnel function. The collected empirical material points to the unsatisfactory state of knowledge about socially responsible behavior among employees of health institutions. This state, however, does not mean that these institutions do not behave socially responsibly. In the opinion of the respondents – the employees of these institutions, the organizations they work for, are socially responsible. Detailed results of the study indicate the "cost effective" practices mainly in the areas such as professional development, evaluating and motivating employees.

1. Wprowadzenie

Idea społecznej odpowiedzialności odnoszona jest zazwyczaj do praktyk w przedsiębiorstwach biznesowych, choć różnorodność interpretacyjna terminu Corporate Social Responsibility (CSR) – społeczna odpowiedzialność biznesu, społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa, organizacja służąca otoczeniu czy też społeczna odpowiedzialność organizacji, pozwala opisywać zachowania społecznie odpowiedzialne

w każdej organizacji, a więc także w organizacjach ochrony zdrowia, i to bez uwzględniania ich statusu prawno-organizacyjnego i własnościowego.

W literaturze przedmiotu w zasadzie nie spotyka się sporów co do istoty zachowań społecznie odpowiedzialnych. Nie mniej jednak z uwagi na interdyscyplinarność osób zajmujących się tą problematyką, m. in. filozofów, etyków, socjologów, psychologów, i także specjalistów zarządzania, można zauważyć nieco odmienne akcentowanie ważności poszczególnych rodzajów odpowiedzialności. To wieloaspektowe widzenie przedmiotu rozważań prowadzi jednakże do pojmowania csr jako dobrowolnych działań nakierowanych na równoważenie celów ekonomicznych, społecznych i ekologicznych. I takie widzenie wpisuje problematykę społecznej odpowiedzialności w koncepcję zrównoważonego rozwoju.

W ostatnich latach na polskim rynku wydawniczym ukazało się wiele opracowań nie tylko teoretycznych (m.in. Kulawczuk, Poszewiecki [red.] 2007; Pisz, Rojek-Nowosielska [red.] 2008; Adamczyk 2009; Garbusiewicz 2010; Bartkowiak 2011), ale też ukazujących praktyki w zakresie społecznej odpowiedzialności rozmaitych organizacji. Spotyka się zarazem niedostatek publikacji zawierających wyniki badań przeprowadzonych w zakładach ochrony zdrowia. Stąd też prowadząc badania w różnych instytucjach, postanowiono rozszerzyć zakres obiektów badań właśnie o te organizacje. Prezentowane w artykule wyniki są komunikatem z badań częściowych przeprowadzonych w wybiórczo dobranych zakładach ochrony zdrowia.

2. Założenia badawcze

Celem badań była identyfikacja praktyk w zakresie zachowań społecznie odpowiedzialnych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na działania w obszarach zadaniowych funkcji personalnej. Przedmiotem badań były opinie pracowników na temat praktykowania koncepcji CSR, zaś podmiotem – pracownicy zatrudnieni w zakładach ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Problem badawczy sformułowano w postaci następującego pytania ogólnego: jaki jest stan praktyk społecznie odpowiedzialnych w zakładach ochrony zdrowia i opieki społecznej? W celu rozwiązania tak postawionego problemu, w postępowaniu badawczym poszukiwano odpowiedzi na szereg pytań szczegółowych, takich jak między innymi:

- co pracownicy wiedzą na temat koncepcji CSR?
- czy w opinii pracowników organizacje, w których pracują, zachowują się społecznie odpowiedzialnie?
- na jakich działaniach skupia się kierownictwo zakładów ochrony zdrowia?
- jakie są praktyki csr w poszczególnych obszarach zadaniowych funkcji personalnej?
- na kim ciąży obowiązek edukacyjny w zakresie propagowania idei CSR?

W świetle celu i problemu badań postawiono następującą hipotezę: stan wiedzy na temat koncepcji zachowań społecznie odpowiedzialnych wśród pracowników zakładów ochrony zdrowia i opieki społecznej jest niezadowolający. Stan ten przekłada się na „ograniczone” działania wobec wszystkich interesariuszy, a w szczególności wobec pracowników.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Technika badawczą były badania ankietowe, zaś narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety, przy budowie którego inspirowano się kwestionariuszem opracowanym przez badaczy z zespołu profesora W. Gasparskiego [Gasparski, Lewicka-Strzałecka, Rok, Sulczewski, 2004], jak również kwestionariuszami opracowanymi przez R. Walkowiaka [Walkowiak, Oliński, Wysocka, Adamowicz, 2010]. Opisane w artykule badania mają charakter diagnostyczny i przeprowadzono je w czwartym kwartale 2011 i pierwszym 2012 roku.

Anonimowe kwestionariusze ankiety skierowano do pracowników wybranych zakładów ochrony zdrowia i opieki społecznej działających na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Organizacje te podzielono na dwa podzbiory, tj. zakłady publiczne i niepubliczne. W pierwszym były Szpital Powiatowy, Ośrodki Zdrowia oraz Dom Opieki nad Dzieckiem, zaś w drugim podzbiorze – Niepubliczne Zakła-

dy Opieki Zdrowotnej, Domy Pomocy Społecznej oraz Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów. Strukturę badanych obiektów oraz liczbę respondentów zestawiono w tabeli 1.

Badania przeprowadzono w 10 zakładach ochrony zdrowia i opieki społecznej, i wzięło w nich udział łącznie 108 respondentów. Pracownicy z zakładów publicznych stanowili nieznaczną większość – wynoszącą 54,6% ogółu ankietowanych.

3. Wyniki badań

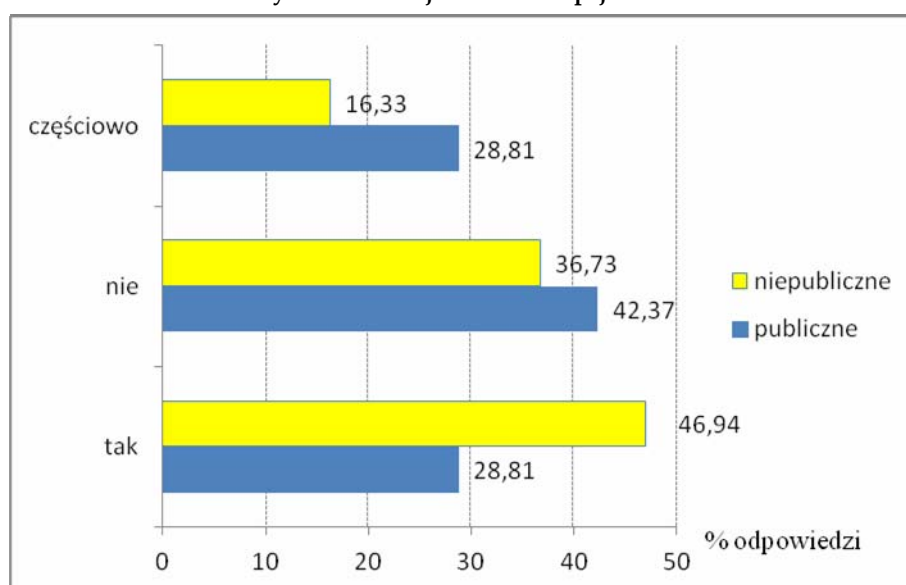
W pierwszym pytaniu zwrócono się do respondentów z prośbą o wyrażenie opinii na temat znajomości koncepcji społecznej odpowiedzialności organizacji. Uśrednione (łącznie odpowiedzi respondentów z publicznych i niepublicznych zakładów) rezultaty wskazują na niezbyt zadowalający stan. Odpowiedzi pozytywne i negatywne były liczebnie porównywalne (odpowiednio 37% i około 40%), natomiast blisko co czwarty ankietowany odpowiadał, że ma częściową orientację w zadanym pytaniu. Strukturę odpowiedzi respondentów z publicznych i niepublicznych zakładów przedstawiono na rysunku 1.

Ukazane na rysunku wielkości wskazują na większą znajomość koncepcji csr wśród pracowników niepublicznych zakładów ochrony zdrowia, bowiem co drugi ankietowany udzielał odpowiedzi pozytywnej, a w zakładach publicznych – niespełna co trzeci respondent (29% ogółu ankietowanych w tych zakładach).

Niezbyt korzystne rezultaty otrzymane w pierwszym pytaniu nie oznaczają, iż zakłady ochrony zdrowia i opieki społecznej nie działają społecznie odpowiedzialnie, i że nie obowiązują w nich standardy etycznego postępowania. Zdaniem większości badanych z publicznych i niepublicznych zakładów, w ich organizacjach działa się według standardów etycznych (odpowiednio 78% i 71,5%% odpowiedzi). Podkreślić jednakże należy, że otrzymano także odpowiedzi negatywne wynoszące ogółem 16,7% respondentów (odpowiednio 22% w publicznych i 10,2% w niepublicznych).

Potwierdzeniem powyższych opinii były odpowiedzi uzyskane na następujące pytanie: *Czy organizacja, w której Pan(i) pracuje, działa społecznie odpowiedzialnie?* Zdecydowana większość respondentów, bo około 71% – i to niezależnie od miejsca zatrudnienia, zadeklarowała praktykowanie działań społecznie odpowiedzialnych. Odpowiedzi *raczej nie* udzieliło około 12%, zaś *nie mam zdania* 15,5% ankietowanych.

Rysunek 1. Znajomość koncepcji CSR



Źródło: badania własne.

Kolejne pytanie dotyczyło form zaangażowania społecznego. W zakładach publicznych dominowało *udostępnianie usług i sprzętu* (39% wskazań), *wsparcie finansowe* (34% wskazań) oraz *wsparcie rzeczowe* (28% wskazań). *Udostępnianie usług i sprzętu* dominowało także, lecz ze znacznie wyższym rezultatem (81,6% wskazań) w organizacjach niepublicznych. W tych organizacjach odnotowano zamianę na drugim i trzecim miejscu. *Wsparcie rzeczowe* wskazywało 10,2% , a *wsparcie finansowe* – 6,1% ankietowanych.

Według 62% respondentów standardy etycznego postępowania występują w postaci *niepisanych zasad postępowania* i funkcjonujących w ich organizacjach norm zwyczajowych. Zaledwie 2% badanych dostrzega je w *statucie organizacji*, a opracowane w formie pisemnej *kodeksy etyczne* wymieniane są przez 36% ogółu respondentów (25% w zakładach publicznych i 47% w niepublicznych). Wydaje się, iż w tej ostatniej kwestii uzyskane rezultaty są mylące, bowiem kodeksy etyczne są opracowane w większości, a być może i we wszystkich zakładach ochrony zdrowia, co jednocześnie nie musi – a powinno, przekładać się na wiedzę pracowników o ich występowaniu.

Dla około 51% ogółu respondentów cel jakiemu służą zasady i normy etyczne to *utrzymanie ładu społecznego*. Na kolejnych miejscach wskazywano *ochronę słabszych jednostek* (23,4% wskazań) oraz *ograniczając działania ludzi bezwzględnych* (16%). Omawiane rezultaty były zbieżne dla obydwu typów zakładów.

W kontekście omówionych powyżej odpowiedzi można wnioskować, że respondenci nie utożsamiają standardów etycznego zachowania z koncepcją społecznej odpowiedzialności, co być może wynika z niedostatku wiedzy na temat tej koncepcji zachowań organizacyjnych.

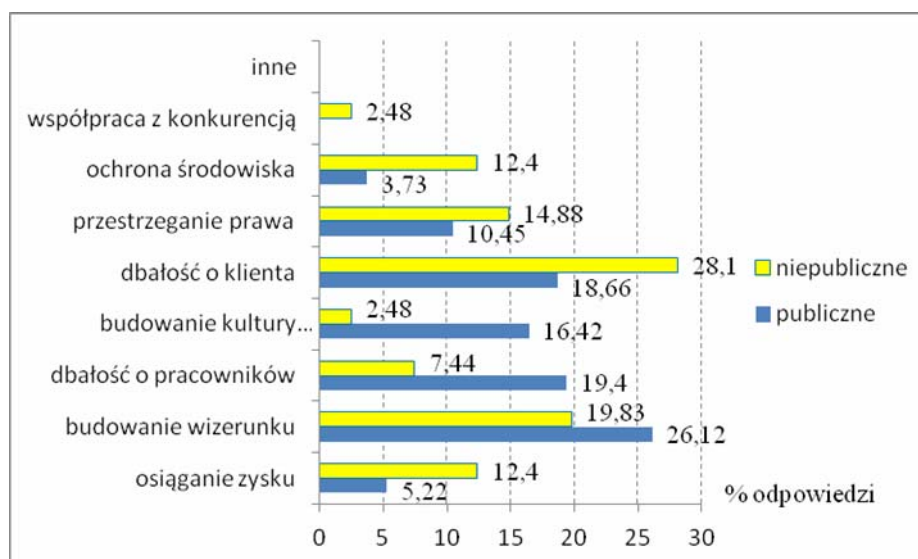
Z odpowiedzi na kolejne pytanie oczekiwano wskazań ważności dla przyszłości organizacji działań, które organizacje powinny podejmować. Respondenci mogli wskazywać dowolne z 13 wymienionych działań (ale też mogli dopisać własne propozycje), a następnie ocenić ich ważność w 5-cio punktowej skali. Uogólniając otrzymane rezultaty (łączy wynik niezależnie od typu zakładu) można stwierdzić, że w opinii pracowników, najważniejszym działaniem dla przyszłości ich organizacji jest *rzetelne wywiązywanie się ze zobowiązań finansowych* (ogółem 76,9% wskazań). Na kolejnych miejscach wskazywano *budowanie wizerunku/reputacji* (63,9% wskazań), *troskę o bezpieczne warunki i przyjazną atmosferę w pracy* (58,3% wskazań), *troskę o wyniki finansowe* (57,4% wskazań) oraz *przestrzeganie praw człowieka* (55,6% wskazań).

W wymienionych powyżej preferencjach odnotowano zbliżone wskazania ważności poszczególnych działań, i to niezależnie od tego, czy respondent pracował w publicznym, czy niepublicznym zakładzie. Wystąpiła jednakże istotna różnica co do ważności działania w odnie-

sieniu do *troski o wyniki finansowe*. Działanie to jest najważniejsze w niepublicznych zakładach, zaś w publicznych zostało wymienione dopiero na czwartym miejscu. Podkreślić należy także dużą wagę dla respondentów *bezpiecznych warunków pracy i przyjaznej atmosfery w pracy*. Jednocześnie w kontekście odpowiedzialności za jakość środowiska naturalnego oraz troski o pracowników, nawet tych zwalnianych (oczywiście nie za przewinienia dyscyplinarne), mogą budzić pewien niepokój odległe wskazania takich działań jak *monitorowanie wpływu na środowisko wytwarzanych produktów lub świadczonych usług* (18,2% uogólnionych wskazań – pozycja 11 na 13 możliwych) czy też *pomoc zwalnianym pracownikom w przekwalifikowaniu zawodowym* (12% uogólnionych wskazań – pozycja ostatnia).

W świetle omówionych powyżej preferencji co do ważności działań przyszłościowych, pozostają odpowiedzi dotyczące ważności działań aktualnie podejmowanych (rys. 2).

Rysunek 2. Ważność aktualnie podejmowanych działań



Źródło: badania własne.

Wielkości prezentowane na rysunku wskazują, że w opinii pracowników obydwu rodzajów zakładów, polityka ich organizacji jest nakierowana na klienta zewnętrznego oraz na budowaniu wizerunku. Takie wybory wskazują na nastawienia rynkowe, choć respondenci nie widzą lub niedoceniają konieczności współpracy z konkurencją, co wbrew pozorom mogłoby ten zysk zwiększać. Zdaniem pracowników zatrudnionych w zakładach niepublicznych dużą wagę przykładają się do działań przynoszących zysk oraz do dbałości o środowisko naturalne, zaś w zakładach publicznych do większej dbałości o pracowników i budowaniu kultury organizacyjnej.

W założeniach badawczych przyjęto diagnozowanie stanu praktyk społecznie odpowiedzialnych ze szczególnym zainteresowaniem praktykami w poszczególnych obszarach zadaniowych kierowania ludźmi – pracownikami. W tym kontekście istotne są przejawy dbałości o zatrudnionych, tak w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym.

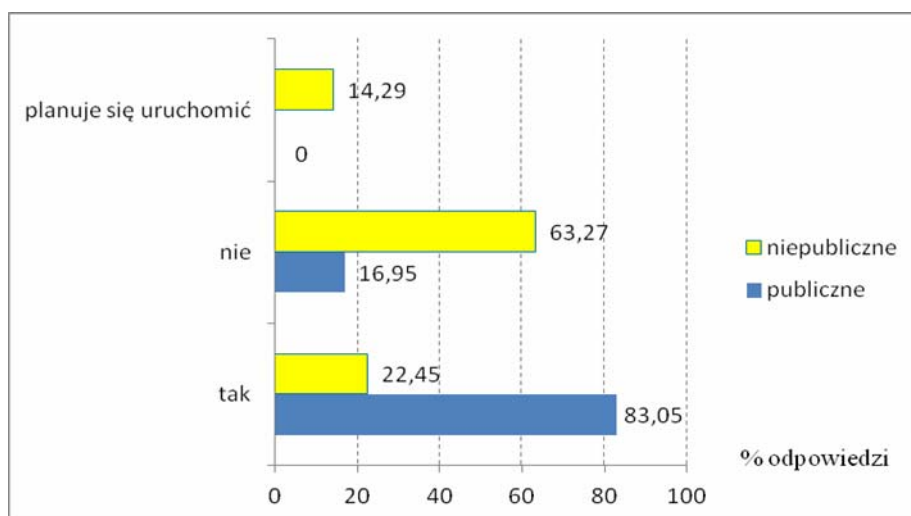
Ponad 16% ankietowanych wskazało *zatrudnianie pracowników na stanowiskach zgodnie z ich przygotowaniem zawodowym* jako jeden z najważniejszych przejawów dbałości o pracownika. W obu badanych rodzajach zakładów ten czynnik wystąpił na miejscu drugim (na 18 możliwych), zaś pierwsze miejsca zajęły odpowiednio, w grupie pracowników publicznej opieki zdrowotnej *jasno opisane wymagania na stanowisku pracy*, a w grupie pracowników zakładów niepublicznych – *przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy* (bhp). Na kolejnym miejscu odnotowano *dbałość o warunki socjalne*.

Omówione rezultaty należy uznać za dość niepokojące, bowiem wskazane przez ankietowanych przejawy dbałości o pracowników należą do podstawowych obowiązków pracodawcy wobec pracownika. Tymczasem takie kwestie jak *przejrzysta ścieżka rozwoju kariery zawodowej*, *badanie potrzeb i oczekiwań wobec pracy*, *dodatkowe wynagradzanie pracowników kreatywnych i innowacyjnych*, *powiązanie wynagrodzeń w relacji z ilością i jakością pracy*, *badanie satysfakcji z pracy*, *jasno określone kryteria ocen pracowników* czy też *preferowanie rekrutacji wewnętrznej*, opiniami pracowników zostały sklasyfikowane na końcowych pozycjach.

Potwierdzenie niezbyt korzystnych – w opiniach pracowników praktyk wystąpiło w odpowiedziach na pytaniach szczegółowe dotyczące poszczególnych obszarów zadaniowych kierowania ludźmi.

W badanych organizacjach stosuje się, choć z różnym nasileniem, sformalizowane systemy ocen okresowych pracowników (rys. 3). Tych respondentów, którzy odpowiedzieli pozytywnie, poproszono o podanie konkretnych działań jakie są podejmowane po dokonaniu okresowej oceny. W opinii respondentów z zakładów publicznych, wynik okresowej oceny pracowników jest *podstawą do skierowania na szkolenie* (39,2% wskazań) oraz *podstawą do uzyskania wyższego wynagrodzenia zasadniczego* (37,7% wskazań). Opinie pracowników z niepublicznych zakładów są odmienne. I tak – na pierwszym i drugim miejscu (po 25% wskazań) wymieniono, iż są one *podstawą budowania indywidualnych ścieżek zawodowych* oraz *podstawą uzyskania dodatkowej premii pieniężnej*.

Rysunek 3. Praktykowanie okresowego oceniania pracowników

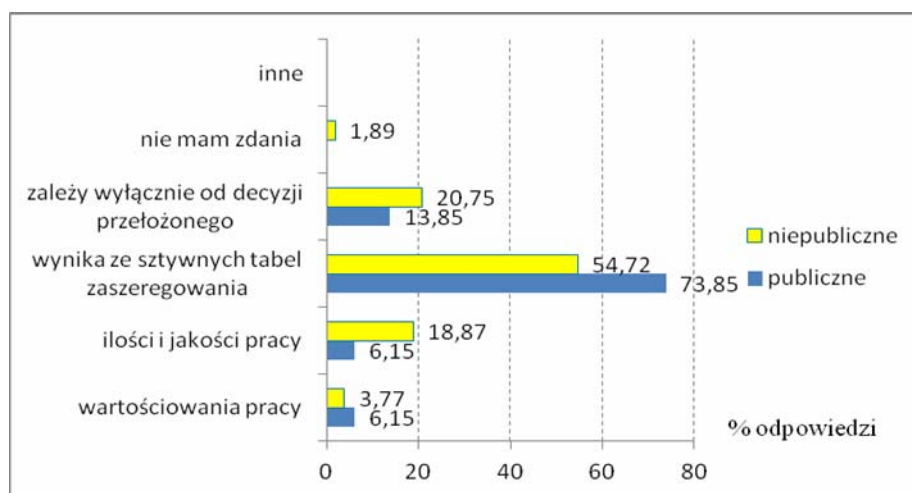


Źródło: badania własne.

Kolejne z zadanych pytań dotyczyło podstaw, na których zbudowano funkcjonujący w organizacji systemy wynagrodzeń. Otrzymane rezultaty przedstawiono na rysunku 4. Wynika z nich, iż głównym fundamentem zbudowanych systemów wynagrodzeń są, i to niezależnie

od rodzaju zakładu, *szttywne tabele zaszeregowania* pracowników. W tym miejscu należy dodać, że praktyki takie są charakterystyczne nie tylko dla badanych zakładów, ale także dla zdecydowanej większości organizacji publicznych, co niestety nie jest motywujące do efektywniejszej pracy.

Rysunek 4. Podstawy systemu wynagradzania pracowników



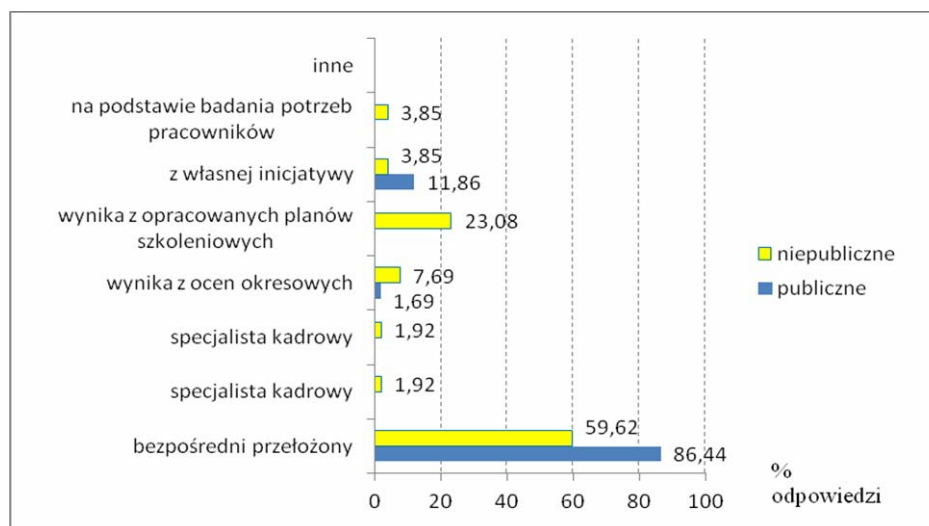
Źródło: badania własne.

Badania wykazały ponadto, że główną składową wynagrodzeń w obydwu grupach badanych podmiotów, są *płace zasadnicze*, które wynoszą około 48,3% płacy w organizacjach publicznych oraz 59,8% – w niepublicznych podmiotach.

Pracownicy obydwu rodzajów zakładów ochrony zdrowia i opieki społecznej doskonalą swoje kompetencje. O ich udziale w szkoleniach decyduje głównie (73,9% wskazań) *bezpośredni przełożony* (rys. 5).

Szczegółowe rezultaty ukazują, że potrzebę doskonalenia się z *własnej inicjatywy* zgłasza jedynie 8,1% badanych, przy czym w grupie pracowników zakładów publicznych odsetek ten wyniósł 11,9%, natomiast w grupie pracowników niepublicznych zakładów – tylko 3,9%. Ten ostatni rezultat oczywiście nie oznacza, iż pracownicy zatrudnieni w niepublicznych zakładach szkolą się mniej. Sądzić raczej należy, iż ta grupa pracowników częściej uczestniczy w różnych formach samodoskonalenia.

Rysunek 5. Podstawy skierowań na szkolenia



Źródło: badania własne.

Innym przejawem troski o pracowników jest uruchamianie różnorodnej pomocy, np. wsparcie finansowe czy finansowanie przekwalifikowania zawodowego, tym wszystkim, którzy z różnych powodów, a w szczególności z powodu pracodawcy (przyczyny ekonomiczno-organizacyjne), odchodzą z organizacji. W opinii zdecydowanej większości respondentów (83% z zakładów publicznych oraz 73,4% z zakładów niepublicznych), w ich organizacjach nie są uruchamiane *programy oświatowe dla zwalnianych pracowników*. Podkreślić należy także, iż blisko co piąty respondent nie miał wiedzy o takich programach.

W zakończeniu pytań ankietowych pytano respondentów o korzyści i bariery z prowadzenia działalności społecznie odpowiedzialnej oraz o propagatorów omawianej koncepcji zachowań.

Otóż zdaniem obydwu grup ankietowanych, motywy podejmowania zachowań społecznie odpowiedzialnych są różne. Podkreślano, iż zakłady opieki społecznej podejmują te działania, bowiem największą korzyścią z praktykowania idei csr jest *poprawa wizerunku i reputacji* danej organizacji (uśredniona wartość ilości wskazań – 27,2%), choć wymiar ten ma większe znaczenie dla zakładów publicznych (43,1% wskazań).

Natomiast w zakładach niepublicznych akcentowano dodatkowo większą szansę na długofalowe powodzenie (17,8 % wskazań), poprawę wyników ekonomicznych (13,2%) oraz zwiększenie zainteresowania inwestorów (12,1% wskazań). Dodatkowe korzyści – wymieniane jako znaczące w niepublicznych zakładach, w zakładach publicznych zostały sklasyfikowane na odległych pozycjach (wskazania poniżej 7%).

Zdaniem pracowników zatrudnionych w organizacjach publicznych, głównymi barierami praktykowania idei csr są *brak inicjatyw lub wsparcia ze strony zarządzających* (29,7% wskazań), *brak wiedzy* (18,9% wskazań) oraz *zwiększone koszty działania* (10,8% wskazań). Podobne odpowiedzi udzielili pracownicy zakładów niepublicznych (odpowiednio 22,3%; 13,9% oraz 11,5%). Ci ostatni zgłosili ponadto – także jako istotne *brak uregulowań prawnych* (11,5% wskazań) oraz *złe dotychczasowe praktyki mojej organizacji* (10,8% wskazań). Wskazywanie *braku uregulowań prawnych* nie jest zasadne, gdyż zachowania społecznie odpowiedzialne są niejako z definicji, działaniami dobrowolnymi, i nie spotyka się formalnych zobowiązań prawnych do prowadzenia takich działań. Sądzić należy, że odnotowane wskazanie wynika z wcześniej sygnalizowanego braku wiedzy w zakresie csr. Pewne zakłopotanie może jednakże pojawiać się w kontekście ostatniej z wymienionych barier w niepublicznych zakładach. Ponieważ kwestionariusz badań zawierał w większości pytania zamknięte, nie sposób na tym etapie prac badawczych dociekać o jakie to *złe dotychczasowe praktyki* chodzi.

Ostatnie pytanie dotyczyło wskazania propagatorów idei społecznej odpowiedzialności. W jednej i drugiej grupie respondentów zanotowano podobne rezultaty. Wskazywano, iż głównymi propagatorami koncepcji csr powinni być *zarządzającymi organizacjami, przedstawiciele mediów oraz rodzice i szkoły*. Nie czyniąc wartościowania ważności wymienionych gremiów, interesujące jest oczekiwanie pracowników na inicjatywę ze strony zarządzających zakładami, w których oni pracują. I jest to poważne oczekiwanie, bowiem najlepsze praktyki zarządzania wskazują, że to głównie, choć nie tylko, od postaw i zachowań oraz uznawanych przez kierowników/zarządzających wartości i norm, zależą zachowania wszystkich zatrudnionych pracowników.

4. Podsumowanie

Zebrany w postępowaniu badawczym materiał empiryczny, opisujący wybiórczo dobrane obszary zachowań społecznie odpowiedzialnych w publicznych i niepublicznych zakładach ochrony zdrowia i opieki społecznej, pozwala na sformułowanie trzech zasadniczych wniosków:

1. Wśród pracowników badanych zakładów występuje niedostatek wiedzy o koncepcji zachowań społecznie odpowiedzialnych, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i organizacyjnym. Stanu tego nie należy jednakże interpretować, iż w organizacjach tych nie działa się społecznie odpowiedzialnie.
2. Zakłady ochrony zdrowia i opieki społecznej skupiają się dzisiaj, i w najbliższej przyszłości, na budowaniu swojego wizerunku i reputacji. Te obszary widzą też jako główne korzyści z praktykowania zgodnie z zasadami społecznej odpowiedzialności.
3. W badanych organizacjach dbałość o pracowników przejawia się głównie w trosce o bezpieczne i higieniczne warunki pracy oraz w zabezpieczeniach socjalnych. W oparciu o opinie pracowników można wskazać na dość „oszczędne” praktyki w pozostałych obszarach zadaniowych kierowania ludźmi. Stan ten powinien inspirować kierownictwa/zarządzających badanymi zakładami do wyzwalania i sprzyjania inicjatyw społecznie odpowiedzialnych.

Autorka artykułu zdaje sobie sprawę z faktu, iż prezentowane wyniki badań nie upoważniają do daleko idących uogólnień i interpretacji, bowiem próba badawcza nie jest reprezentatywna (na tym etapie zaawansowania badawczego). Stąd też zwraca się z prośbą, aby traktować je z pewną ostrożnością

Bibliografia

- Adamczyk J., (2009), *Społeczna odpowiedzialność biznesu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Bartkowiak G., (2011), *Społeczna odpowiedzialność biznesu w aspekcie teoretycznym i empirycznym*, Difin, Warszawa.

- Garbusiewicz T., (2010), *Rachunkowość odpowiedzialności społecznej w kształtowaniu zasad nadzoru korporacyjnego*, Wyd. C. H. Beck, Warszawa.
- Gasparski W., Lewicka-Strzałecka A., Rok B., Szulczewski G., (2004), *Odpowiedzialność społeczna i etyka biznesu w polskim życiu gospodarczym*, IFiS PAN – WSPiZ im. L. Koźmińskiego, Warszawa: 9-14.
- Kulawczuk P., Poszewiecki A. [red.], (2007), *Wpływ społecznej odpowiedzialności biznesu i etyki biznesu na zarządzanie przedsiębiorstwami*, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Pisz Z., Rojek – Nowosielska M. [red.], (2008), *Społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstw*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław.
- Walkowiak R., Oliński M., Wysocka M., Adamowicz M., (2010), *Społeczna odpowiedzialność organizacji. Praktyki na Warmii i Mazurach*, Stowarzyszenie Warmińsko-Mazurska Klinika Biznesu, Olsztyn.

Tomasz Czapla¹, Ilona Świątek-Barylska²

Uniwersytet Łódzki

Kluczowe wartości w zarządzaniu placówką służby zdrowia (wyniki badań)

Key values in managing organization of medical facilities (research findings)

Abstract: Searching for ways of the improvement in the effectiveness of functioning of the non profit organization more and more often these organizations start looking at practices used in managing business organizations. In the natural way, tools of strategic managing are becoming an inspiration in this search. Logic and the meaning of the strategic management cause the interest of non profit organization with deliberate and intentional management of the values. In the article a subject of researching critical values as bases for raising the effectiveness of non profit organization was taken up, with special stress putted at hospitals. Theoretical deliberations are illustrated with research findings taken from identifications of the level of acceptance of the values amongst the medical staff of four hospitals in Łódź.

1. Wprowadzenie

Profesjonalizacja zarządzania organizacjami w warunkach hiperkompetencji jest warunkiem koniecznym dla ich funkcjonowania. Tendencja ta dotyczy zarówno organizacji biznesowych jak i organizacji publicznych. Podmiotami, w których w ostatnich latach notuje się wzrost zainteresowania problemami zarządzania jest służba zdrowia. Świadczy

¹ Uniwersytet Łódzki, Katedra Zarządzania; t_czapla@uni.lodz.pl

² Uniwersytet Łódzki, Katedra Zarządzania; swiatek@uni.lodz.pl

o tym duża liczba uruchamianych studiów podyplomowych, rozważania naukowe oraz szerokie zainteresowanie mediów tym zagadnieniem. W tym kontekście, zrozumiały i spotykany jest transfer do placówek służby zdrowia rozwiązań, które sprawdziły się w organizacjach biznesowych. Jedną z koncepcji, która cieszy się uznaniem w świecie organizacji nastawionych na zysk, a która może być wykorzystana w zarządzaniu szpitalami, jest zarządzanie przez wartości. Wykorzystanie wartości zarówno w procesie zarządzania strategicznego jak i operacyjnego może przyczynić się do większej satysfakcji zarówno pacjentów oraz personelu medycznego zatrudnionego w tych organizacjach. W artykule podjęto temat wykorzystania kluczowych wartości w zarządzaniu strategicznym szpitalami, poszukując odpowiedzi na pytania: w jaki sposób kluczowe wartości powinny być uwzględnione w procesie formułowania strategii działania oraz w jakim stopniu lekarze i pielęgniarki identyfikują się z wartościami. Niniejsze opracowanie zostało przygotowane w oparciu o badania przeprowadzone w czterech łódzkich szpitalach. Badania poprzedzone zostały analizą literatury przedmiotu oraz porównaniem dostępnych kodeksów wartości szpitali polskich i zagranicznych.

2. Kluczowe wartości w procesie formułowania strategii szpitala publicznego

We współczesnym podejściu do zarządzania wyraźnie rysuje się tendencja by w odniesieniu do jednostek sektora finansów publicznych (a taką jest publiczny szpital) stosować narzędzia zarządzania strategicznego. W sposób oczywisty organizacje publiczne takie jak szpitale ze względu na swój charakter i uregulowania prawne, nie działają na rynkach o otwartej konkurencji. Są jednak prawnie zobligowane do definiowania strategii działania³, a to skłania do adaptacji narzędzi zarządzania strategicznego i przynosi wymierne korzyści⁴. Przykładem im-

³ Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych [Dz. U. nr 157, poz. 1240].

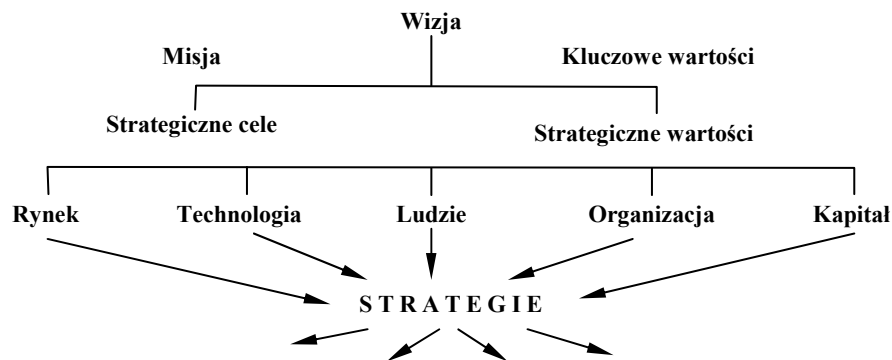
⁴ Porównaj: wyniki badań 1200 szpitali w Kanadzie i USA [The Economist 2010, s. 66].

plementacji podejścia strategicznego do organizacji takich jak szpitale jest model działań strategicznych, w którym wytyczne dotyczące formułowania strategii dotyczą stopnia zdywersyfikowania oferty oraz stopnia zróżnicowania obsługi (związanej ze skorzystaniem z tej oferty) [Mather 1988]. Model ten bazując na koncepcji trzech strategii generalnych M. Portera [1992, s. 54] stanowi jego rozwinięcie w obszarze strategii *odróżniania się* (differentiation). Autor wyróżnił w modelu cztery typy działań strategicznych: „*produkt/usługa*” – rekomendowany gdy organizacja oferuje zróżnicowane produkty/usługi wymagające niezróżnicowanej obsługi; „*obsługa*” – rekomendowany gdy organizacja oferuje niezróżnicowany produkt/usługę wymagający zróżnicowanej obsługi; „*standard*” – rekomendowany gdy organizacja oferuje nieróżnicowane produkty/usługi wymagające niezróżnicowanej obsługi oraz „*system*” – zalecany w sytuacji zróżnicowania zarówno produktu/usługi jak i obsługi. Biorąc pod uwagę specyfikę szpitala – oferowane przez niego usługi (zróżnicowane) oraz sposób oczekiwanej obsługi związanej z jego ofertą (zróżnicowana) – najbardziej rekomendowaną strategią dla szpitala staje się *system*. Strategia typu *system* oznacza, że szpital powinien budować wzorce doskonałych praktyk tak w obszarze doskonałości zawodowej (profesjonalizm lekarzy i pozostałego personelu medycznego i administracyjnego) jak i w obszarze zróżnicowanego sposobu oferowania swych produktów i usług (np. ten sam proces przyjmowania do szpitala lub informowania pacjenta o wynikach badań może i powinien przebiegać inaczej w sytuacji gdy pacjent jest osobą straszącą a inaczej gdy jest młody i aktywny zawodowo). Budowanie doskonałych praktyk (*best practices*) nie powinno mieć na celu różnicowania pacjentów (a w żadnym wypadku nie może oznaczać ich dyskryminowania) lecz lepsze dostosowanie sposobu w jaki działa szpital do ich indywidualnych potrzeb. Przyjęcie takiego rozumienia strategii „*system*”, zgodne jest z ogólnym ujęciem podejścia strategicznego do funkcjonowania szpitala, gdzie najważniejszą wytyczną strategiczną staje się to by ucząc się poprzez działanie podnosił szpital (jako organizacja) swoje zrozumienie tego gdzie jest i dokąd chce pójść [Thomas; McDaniel; Anderson 1991, s. 874].

Planowanie strategiczne wymaga zintegrowania zarówno elementów stałych (takich jak wizja, misja i kluczowe wartości) z elementami

zmiennymi jak rynek, technologia, ludzie, organizacja i finanse. W praktyce oznacza to tworzenie strategii organizacji w oparciu o kluczowe wartości (patrz rysunek 1).

Rysunek 1. Integracja wartości i misji organizacji w procesie planowania strategicznego.



Źródło: [Harmon 1996, s. 70].

Pierwszym krokiem w procesie formułowania strategii organizacji określenie wizji, misji i kluczowych wartości. Misja i wizja organizacji wskazują, jakiego rodzaju aktywność organizacja zamierza podejmować i jaki kierunek działań został obrany przez kadre zarządzającą. Kluczowe wartości wskazują natomiast na to, co jest ważne dla organizacji i może zostać użyte do kształtowania zachowań pracowników. Oczywiście nie każdy proces planowania strategicznego wymaga ponownego określenia tych elementów. W organizacjach, w których misja, wizja i wartości są zdefiniowane, stanowią wyznacznik prac nad sformułowaniem strategii działania. Jak wskazuje Harmon, często spotykane w praktyce problemy związane z rozróżnieniem wizji, misji i kluczowych wartości, nie mają istotnego znaczenia dla opracowania strategii. To co jest najistotniejsze, to fakt, że organizacja określa swoje aspiracje, wskazuje obszar działania i definiuje wyznaczniki zachowania członków organizacji. Autor ten rekomenduje, aby każda z tych trzech deklaracji została opracowana oddzielnie, a dopiero w następnym kroku nastąpiło wyeliminowanie elementów powtarzających się.

Kolejny krok procesu projektowania strategii koncentruje się na celach i wartościach strategicznych. Wartości strategiczne, nazywane niekiedy wartościami aspiracyjnymi, dodają procesowi zarządzania strategicznego nowej energii. O ile bowiem kluczowe wartości pozostają niezmiennie, wartości strategiczne wynikają z wymagań otoczenia i samej organizacji. Niekiedy stanowią one rozwinięcie lub uszczegółowienie wartości kluczowych. Przykładowo, jeżeli kluczową wartością organizacji jest troska o zdrowie fizyczne i psychiczne pacjenta, to jakość leczenia i empatia personelu mogą się stać wartościami, odróżniającymi tę organizację od innych.

Tradycyjne planowanie strategiczne koncentruje się na określaniu ilościowych celów, natomiast włączenie w ten proces wartości to dodanie do niego nowej perspektywy. Perspektywy innej jakościowo, która skłania do poszukiwania przewagi konkurencyjnej w innych jakościowo obszarach. Należy mieć świadomość, że proces ten przebiega nieco inaczej w organizacjach biznesowych i organizacjach publicznych, których misja jest zdefiniowana celem ich utworzenia. Publiczne jednostki opieki zdrowotnej są zorientowane na realizację misji użyteczności publicznej. Powstały i funkcjonują po to, aby zapewnić pacjentom opiekę medyczną. Misja określa sens istnienia, definiuje ramy działania. Brak misji i zdefiniowanych wartości uniemożliwia opracowanie planu strategicznego, co jest równoznaczne z zaplanowaną klęską. W oparciu o opisane wyżej podejście do implementacji zarządzania strategicznego w odniesieniu do organizacji publicznych, Autorzy opracowali model działań strategicznych organizacji non profit [Świątek, Czapla 2011, s. 22–25].

Model ten zakłada, że wstępem do planowania strategii organizacji jest **zdefiniowanie konceptu strategicznego**, który zawiera w sobie sformułowanie misji i wizji organizacji. Kolejnym krokiem jest **określenie kluczowych wartości** wynikających z przyjętego konceptu strategicznego i wspierających przyjęte w nim kierunki działań. Kolejny krok modelu zakłada **weryfikację kluczowych wartości**, czyli określenie stopnia w jakim są one realnie podzielane przez pracowników organizacji. Następnym krokiem jest **budowa przewagi strategicznej**. Sensem tego etapu jest zdefiniowanie strategii uwzględniającej sposoby wspierania kluczowych wartości w codziennych działaniach każdego z uczestników organizacji.

3. Kluczowe wartości w procesie budowania zaangażowania w etapie implementacji strategii szpitala publicznego

Wartości nabrały ogromnego znaczenia w zarządzaniu organizacjami. Są one odpowiedzią na wyzwania, jakie stoją przed kadrą zarządzającą i pracownikami. Wraz z rosnącą złożonością i zmiennością otoczenia, coraz trudniej jest działać w oparciu o narzucone zasady i procedury szczegółowo określające zadaniach oraz sposób ich realizacji. Jednomysłność w kwestii tego, co szanujemy i do czego dążymy, pozwala ludziom podejmować autonomiczne decyzje i unikać nieporozumień. Jak wynika z badań [Stachowicz-Stanusch 2007], działania podejmowane przez organizacje, są coraz bardziej odległe od sztywnej hierarchii i ewoluują w kierunku wspólnoty wartości, które przekładają się na działania za pośrednictwem przejrzystych standardów i procesów. Postawy i zachowania pracowników przejawiane w życiu organizacyjnym decydują o sukcesie lub porażce wdrażanej strategii. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Gallupa (U.S. Employee Engagement Index) wynika, że spośród 1,5 miliona przebadanych pracowników w Stanach Zjednoczonych, jedynie 28% jest zaangażowanych w pracę, 55% jest niezaangażowanych, a kolejnych 17% jest wysoce niezaangażowanych [Secretan, 2004, s. XXVII]. W Polsce, średni wskaźnik zaangażowania pracowników wynosi 48% [Hewitt 2009, s. 13]. Zaangażowanie pracowników jest wynikiem oddziaływania różnorodnych czynników [por. Juchnowicz 2010], należy jednak mieć świadomość, że kluczowe wartości stanowią podstawę tzw. zaangażowania afektywnego (*affective commitment*), czyli emocjonalnego przywiązania pracownika do organizacji, a poprzez wpływ na kształtowanie relacji między pracownikiem i przełożonym, są istotnymi determinantami zaangażowania normatywnego (*normative commitment*) [Kouzes, Posner 2003, s. 119–153]. Brak zaangażowania pracowników jest szczególnie niebezpieczny w takich organizacjach jak szpitale. O ile bowiem w organizacjach biznesowych, skutkiem niskiego zaangażowania pracowników są złe wyniki finansowe, to w szpitalach konsekwencje mogą być znacznie poważniejsze, bo znajdujące odzwierciedlenie w jakości leczenia. Pracownicy organizacji non profit poszukują głębszego sensu i znaczenia wykonywanej przez siebie pracy co czyni

ich otwartych na zarządzanie przez wartości [Pattakos 2004, s. 107–108]. Z badań przeprowadzonych w 130 amerykańskich szpitalach katolickich, wynika jednoznacznie, że w placówkach, które definiują kluczowe wartości i działają w zgodzie z nimi, pracownicy czują się cenieni, bardziej skłonni do pozostania w organizacji i oceniają szpital jako bardziej efektywny [Fassel 2002]. Warunki w jakich funkcjonują polskie szpitale, nie dają lekarzom i pielęgniarkom poczucia stabilizacji działania [Błaszczuk, Jasińska 2005, s. 105–117]. W takiej sytuacji, wartości, na których opiera się funkcjonowanie szpitala, stają się drogowskazem w codziennej pracy personelu medycznego. Jest to niezwykle istotny element, ponieważ opiekujące się pacjentem otoczenie medyczne, może wzmacniać u chorego wolę systematycznego, zgodnego z zaleceniami leczenia się lub ją pomniejszać. W codziennej pracy z pacjentem ogromną rolę odgrywają czynniki emocjonalne, budujące postawę pacjenta. To one właśnie motywatorem do przestrzegania zaleceń terapeutycznych [*Polskiego pacjenta portret własny...* 2010, s. 10–11]. Wartości organizacyjne, choć są przedmiotem dyskusji w gronie kierownictwa szpitali, sporadycznie podlegają badaniu. Analiza stron internetowych polskich szpitali pozwala stwierdzić, że publiczne szpitale niezwykle rzadko definiują i publikują swoje kluczowe wartości. W tym kontekście interesujące jest pytanie, jakimi wartościami kieruje się personel medyczny publicznych szpitali.

4. Kluczowe wartości personelu medycznego łódzkich szpitali – wyniki badań

Mając na uwadze rolę wartości w zarządzaniu nowoczesnym szpitalem, podjęto próbę określenia stopnia akceptacji wybranych wartości wśród personelu medycznego czterech łódzkich szpitali⁵. Badanie zostało przeprowadzone w następujących etapach:

Etap I. Badanie wartości istotnych dla pacjentów i lekarzy w Polsce i na świecie. Opracowanie listy badanych wartości.

⁵ Badania własne Autorów. Badania zrealizowane zostały w formie ankiet i wywiadów ustrukturyzowanych przeprowadzonych w latach 2010–2012. Wzięło w nich udział 251 lekarzy i pielęgniarek oraz 265 pacjentów.

Etap II. Zebranie informacji w oparciu o kwestionariusz ankiety oraz wywiady ustrukturyzowane z lekarzami oraz średnim personelem medycznym szpitali.

Etap III. Zebranie informacji w oparciu o wywiady ustrukturyzowane z hospitalizowanymi pacjentami szpitali.

Etap IV. Opracowanie i prezentacja wyników oraz wniosków z badania.

Na podstawie dokonanego przeglądu wartości deklarowanych w szpitalach w Polsce (sporadycznie) i za granicą, sformułowana została lista ośmiu uniwersalnych wartości, które stanowiły punkt wyjścia do prac badawczych. Ponieważ badane wartości mogą być odmiennie rozumiane przez uczestników badania, każda z badanych wartości została opisana za pomocą zachowań. Obserwacja zachowań lekarzy i pielęgniarek stanowi podstawę do wnioskowania o stopniu akceptacji (identyfikowania się) personelu medycznego z badanymi wartościami (por. tab. 1).

Aby oddzielić od siebie wartości deklarowane i podzielane przez pracowników szpitala (lekarzy oraz pielęgniarki), każda wartość, którą badano wśród personelu medycznego była badana z dwóch perspektyw: „ja” i „inni”.⁶ Uzyskane informacje zostały skonfrontowane z odpowiedziami udzielanymi przez hospitalizowanych pacjentów. Wyniki, w postaci syntetycznych wskaźników⁷, zostały zaprezentowane na rysunek 2.

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że w badanych szpitalach zdiagnozowano relatywnie wysoki poziom akceptacji badanych wartości przez personel medyczny. Średni poziom akceptacji każdej wartości we wszystkich badanych szpitalach wynosi powyżej 4. Ogólne wyniki to można uznać za satysfakcjonujące, choć daje się zauważyć różnice pomię-

⁶ Perspektywa „ja” oznaczała udzielanie odpowiedzi na pytania w odniesieniu do własnych wartości, postaw i zachowań (Czy ja zachowuję się zgodnie z daną wartością?). Druga perspektywa – „inni” – wymagała udzielania odpowiedzi na podstawie opinii i obserwacji płynących z codziennej pracy i dokonania oceny jak respondent postrzega zachowania innych osób w szpitalu (Czy inni pracownicy zachowują się zgodnie z daną wartością?).

⁷ Zgodnie z metodyką badań realizowanych w formule 360° poszczególnym perspektywom badania przypisane zostały wagi według następującego klucza: $Wartość = 0,5 \times \text{opinia „pacjent”} + 0,2 \times \text{opinia personel medyczny „Ja”} + 0,3 \times \text{opinia personel medyczny „inni”}$.

dzy badanymi szpitalami. Dzięki przeprowadzeniu badań w kilku szpitalach możliwe staje się uchwycenie trendu badanego zjawiska⁸.

Tabela 1. Zestawienie badanych wartości

Badana wartość	Zakres badanych zachowań
Empatia	Zwracanie się do pacjentów uprzejmie i z wyczuciem oraz akceptowanie pacjentów takimi jakimi są (niezależnie od wieku, płci, statusu materialnego).
Sprawiedliwość	Pokazywanie swoimi działaniami, że pacjenci mają równe prawa do opieki medycznej oraz traktowanie ich zgodnie z zasadami etyki.
Godność człowieka	Podchodzenie do każdego pacjenta w sposób indywidualny i bycie wrażliwym na cierpienie pacjentów.
Doskonałość, jakość	Wykonywanie pracy w najlepszy możliwy sposób (najlepiej jak potrafię).
Jedność, współpraca	Współpraca z innymi lekarzami i pielęgniarkami, aby zapewnić najlepszą opiekę pacjentom.
Wrażliwość społeczna	Pomaganie potrzebującym poprzez zapewnienie im opieki medycznej. Pokazywanie pacjentom, że mogą liczyć na wsparcie i pomoc
Gościnność	Bycie miłym i dbałość o dobre samopoczucie pacjentów. Zainteresowanie potrzebami i oczekiwaniami pacjentów.
Szacunek	Dysponowanie czasem dla pacjentów, którzy go potrzebują. Informowanie pacjentów o sprawach dla nich istotnych.

Źródło: Opracowanie własne.

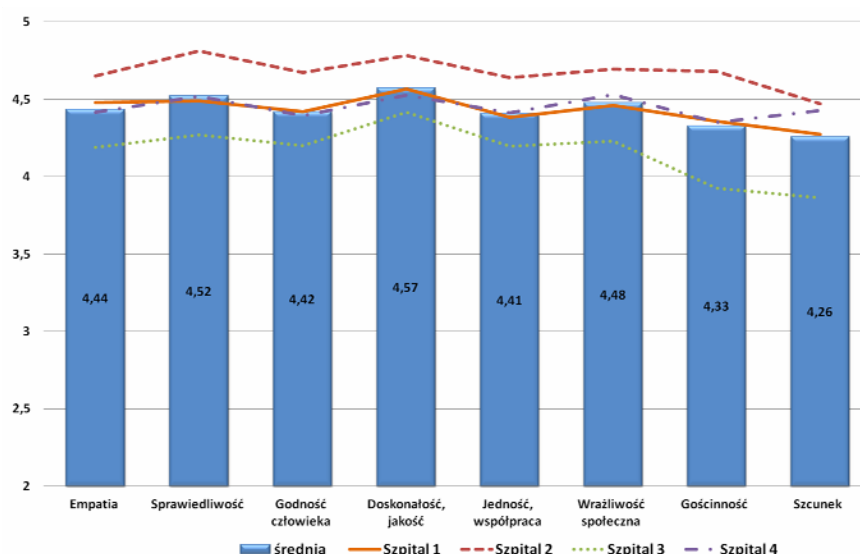
Najwyższy wynik uzyskała wartość – doskonałość/jakość. Jest to wartość związana z wykonywaniem pracy w najlepszy możliwy sposób. Wyniki te potwierdzają dobre opinie na temat przygotowania zawodowego polskich lekarzy, które sankcjonowane są przepisami prawnymi. Obowiązujące przepisy nakładają bowiem na lekarzy obowiązek doskonalenia zawodowego⁹, przy czym formy kształcenia mogą być różne. Już w przy-

⁸ Badana próba nie ma charakteru reprezentatywnego, jednak pozwala wnioskować o zjawiskach mających miejsce w badanych szpitalach.

⁹ Art. 18. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: [Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.]).

rzeczeniu lekarskim będącym preambułą do Kodeksu Etyki Lekarskiej medycy zobowiązują się „stałe poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić”.

Rysunek 2. Średni poziom oceny wartości w badanych szpitalach



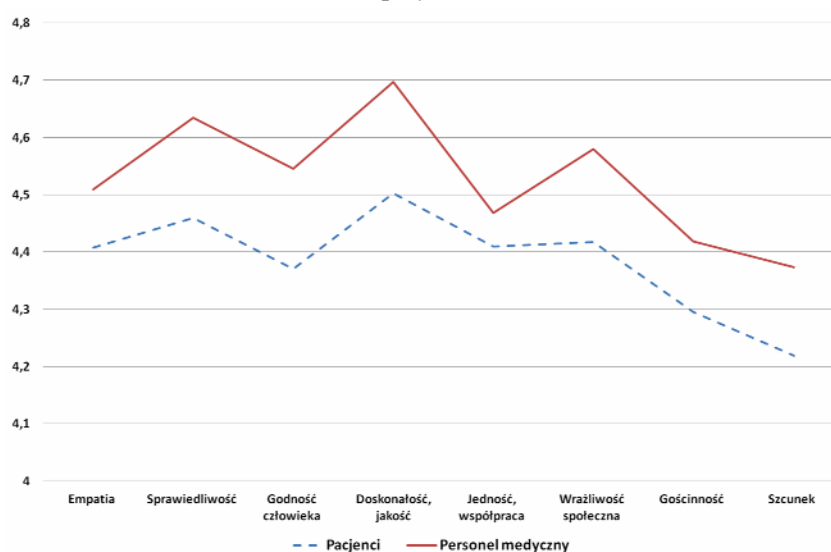
Źródło: wyniki badań własnych.

Z kolei zgodnie z art. 56. KEL: „Powinnością każdego lekarza jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom”.

Najniższe wyniki uzyskały wartości – szacunek dla pacjenta oraz gościnność, rozumiana jako troska o dobre samopoczucie pacjenta. Uzyskane wyniki wskazują na znacznie wyższe cenie tych wartości, które odnoszą się do tradycyjnie rozumianego profesjonalizmu lekarza niższej ocenione zostały zaś te wartości, które w większym stopniu korespondują z nową rolą szpitala jako instytucji obsługującej klienta (pacjenta) i mające zaspokoić także inne jego potrzeby poza jedynie profesjonalnie wykonanym zabiegiem.

Zjawisko to widoczne jest także na kolejnym wykresie (rysunek 3), który ukazuje rozbieżności w ocenie poziomu akceptacji wartości w opiniach personelu medycznego i pacjentów.

Rysunek 3. Poziomu akceptacji wartości w opiniach personelu medycznego i pacjentów



Źródło: wyniki badań własnych.

Różnica opinii pojawia się w stosunku do wszystkich badanych wartości. W przypadku pięciu z nich (sprawiedliwość, godność człowieka, jakość/doskonałość, wrażliwość społeczna oraz szacunek) rozbieżność opinii jest większa niż w stosunku do trzech pozostałych (empatia, jedność/współpraca oraz gościnność).

5. Zakończenie

Badane szpitale uzyskały relatywnie wysokie wyniki oceny stopnia w jakim uznawane są w nich kluczowe wartości. Taki stan rzeczy stanowi dobry punkt wyjścia by na tej podstawie szpitale te mogły rozwijać swoją efektywność. Jednakże pewien niepokój budzić może powszechnie

zaobserwowana w badanych szpitalach różnica w poziomie ocen pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. Logika procesu zarządza poprzez wartości wskazuje na to, że warunkiem koniecznym traktowania wartości jako podstawy do rozwoju organizacji jest ich uwiarygodnienie. O ile poziom akceptacji mierzony w odniesieniu do odpowiedzi udzielnych przez personel medyczny można nazwać poziomem potencjalnej siły wartości, o tyle poziom mierzony w odniesieniu do odpowiedzi udzielnych przez pacjentów nazwać można poziomem realnej siły wartości. I w tym aspekcie badane szpitale wciąż mają zadanie do wykonania.

Bibliografia

- Błaszczuk W., Jasińska J., 2005, *Zarządzanie zmianami. W poszukiwaniu ładu w opiece zdrowotnej*, Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa.
- Fassel D., 2002, *Effective organizations are driven by values: Survey data show that values-driven Catholic health care facilities are effective facilities*, Health Progress, September/October, http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3859/is_200209/ai_n9128024/ [data odczytu 08.10.2010].
- Harmon, F.G., 1996, *Playing for keeps*, John Wiley & Sons, Inc, New York.
- Hewitt, 2009, *Badanie Najlepsi Pracodawcy 2009*, Raport z badania.
- Juchnowicz M., 2010, *Zarządzanie przez zaangażowanie*, PWE, Warszawa.
- Mather S.S., 1988, *How Firms Compete: a New Classification of Generic Strategies*, Journal of General Management, Vol. 14, No 1.
- Pattakos A.N., 2004, *The search for meaning in government service*, Public Administration Review, 64 (1).
- Polskiego pacjenta portret własny. Raport z badań*, 2010, www.polpharma.pl.
- Porter M.E., 1992 *Strategia konkurencji*, PWE Warszawa.
- Secretan L., 2004, *Inspire! What great leaders do*, John Wiley & Sons, Inc, New York.
- Stachowicz-Stanusch A., 2007, *Potęga wartości. Jak zbudować nieśmiertelną firmę*, Wyd. Helion, Gliwice.
- Świątek-Barylska I., Czapla T., *Wykorzystanie wartości organizacyjnych w procesie formułowania strategii organizacji non profit*, Przegląd Organizacji 11/2011, s.: 22–25.
- The Economist, *Health-care management. How to save lives*, 23 październik 2010.
- Thomas J.B., McDaniel R.R. Jr., Anderson R.A., 1991 *Hospitals as Interpretation Systems*, Health Services Research 25:6, luty.

KOMUNIKATY

Komunikat 1

W dniach 30.05–1.06.2012 r. w Ostródzie odbędzie się V Międzynarodowa Konferencja Naukowa WSPÓŁCZESNE WYZWANIA STRUKTURALNE I MENEDŻERSKIE W OCHRONIE ZDROWIA – Zarządzanie w czasach kryzysu

Warsztaty i Konferencja dofinansowane ze środków budżetu
Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Patronat Honorowy:

Jacek Protas Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Olsztyńska Wyższa Szkoła
Informatyki i Zarządzania
im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego



Uniwersytet Jagielloński,
Wydział Nauk o Zdrowiu
oraz Instytut Spraw Publicznych



Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
Dla Dzieci w Ameryce



Społeczna Akademia Nauk
w Łodzi

Jest to konferencja o naukowym i praktycznym charakterze, pozwalająca na wymianę poglądów naukowców i doświadczeń praktyków z Polski i Europy. Spotkanie to umożliwi lepsze zrozumienie się stron i dostosowanie do wymo-

gów, jakie przed nami stawia ciągła transformacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie, a także identyfikację nowych obszarów badań.

Celem konferencji jest dokonanie przeglądu najnowszych trendów w zarządzaniu organizacjami ochrony zdrowia oraz kierunków rozwoju systemów opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie. W następnej edycji chcielibyśmy zwrócić szczególną uwagę na zagrożenia i szanse jakie niesie globalny kryzys, czy spowolnienie gospodarki.

Problematyka konferencji obejmuje:

- ✓ Przegląd najnowszych trendów w zarządzaniu usługami zdrowotnymi Kierunki doskonalenia w zarządzaniu strategicznym i operacyjnym zakładami opieki zdrowotnej.
- ✓ Zmiany zachodzące w sektorze niepublicznym ochrony zdrowia
- ✓ Marketing usług zdrowotnych.
- ✓ Możliwości wynikające ze stosowanie nowych technologii, zarówno klinicznych, jak i technicznych w ochronie zdrowia.
- ✓ Zagraniczne wzorce i doświadczenia w zarządzaniu w ochronie zdrowia.
- ✓ Pożądane kierunki zmian strukturalnych w systemie ochrony zdrowia.
- ✓ Rząd i samorząd a polityka zdrowotna.
- ✓ Przewidywane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce.
- ✓ Rola profesjonalistów medycznych w zarządzaniu usługami zdrowotnymi.
- ✓ Zarządzanie małymi organizacjami ochrony zdrowia: POZ, poradnie specjalistyczne, itp.
- ✓ Zarządzanie zasobami ludzkimi.

Patronat medialny:

Działalność Lecznicza
W PRAKTYCE

RYNEK ZDROWIA rynekzdrowia.pl

TVP OLSZTYN

medyk.pl
Internetowa Klinika Zarządzania

mZ
menedżer zdrowia

20 LAT
OPM
OGÓLNOPOLSKI PRZEGLĄD MEDYCZNY

Sponsorzy konferencji:





Komunikat 2.

W Społecznej Akademii Nauk problematyka zarządzania przedsiębiorstwami rodzinnymi jest jednym z ważnych obszarów aktywności naukowej. Od ponad 10 lat prowadzone są prace badawcze nad specyfiką firm rodzinnych. W roku 2010 powołano Zakład Przedsiębiorczości i Firm Rodzinnych, który inicjuje i koordynuje prace badawcze realizowane w naszej uczelni oraz uczestnictwo w projektach badawczych innych uczelni i instytucji.

W ramach działalności dydaktycznej prowadzone są zajęcia oraz seminaria z zakresu *family business*, a także współpraca z praktyką gospodarczą w zakresie doradztwa i szkoleń.

W roku 2011 Zakład Przedsiębiorczości i Firm Rodzinnych oraz Instytut Badań nad Przedsiębiorczością i Rozwojem Ekonomicznym EED-RI podjęły inicjatywę organizacji konferencji dedykowanej problematyce przedsiębiorczości rodzinnej. Pomysł spotkał się z pozytywnym zainteresowaniem środowisk naukowych, a także praktyków, studentów oraz słuchaczy studiów doktoranckich i podyplomowych.

Tegoroczna druga Konferencja Firmy Rodzinne poświęcona „*Współczesnym wyzwaniom przedsiębiorczości rodzinnej*” odbywająca się w dniach 22–24 maja 2012 roku, ma już charakter międzynarodowy. Jej uczestnikami są między innymi naukowcy z Meksyku, Chin i Szwajcarii. Konferencja na celu prowadzenie dyskusji i wymianę myśli oraz prezentację wyników badań naukowych w obszarze firm rodzinnych. Zakres tematyczny obejmuje następujące obszary problemowe:

- ✓ konkurencyjność firm rodzinnych,
- ✓ warunki funkcjonowania firm rodzinnych w Polsce i UE,
- ✓ dylematy sukcesji w firmie rodzinnej,
- ✓ strategię rozwoju firm rodzinnych,
- ✓ zarządzanie biznesem rodzinnym,



- ✓ rola biznesu rodzinnego w gospodarce,
- ✓ przedsiębiorczość w zarządzaniu przedsiębiorstwem rodzinnym,
- ✓ zarządzanie personelem w firmach rodzinnych,
- ✓ kultura organizacyjna firm rodzinnych,
- ✓ innowacje i zarządzanie zmianą w firmach rodzinnych,
- ✓ źródła finansowania biznesu rodzinnego
- ✓ marketing w przedsiębiorstwach rodzinnych
- ✓ sektor MŚP jako dominujące środowisko funkcjonowania firm rodzinnych

Partnerami Konferencji są: Inicjatywa Firm Rodzinnych oraz Łódzka Business Centre Club.

www.firmyrodzinne.spoleczna.pl

Patronaty honorowe nad Konferencją przyjęli: Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Barbara Kudrycka, Prezes Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości Bożena Lubińska-Kasprzak i Marszałek Województwa Łódzkiego Witold Stępień.

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Marszałek Województwa Łódzkiego
Witold Stępień



Łoża Łódzka



Komunikat 3.

Wiek XXI przynosi dynamiczny rozwój globalizacji oraz innowacji zwiększając tym samym rolę przedsiębiorczości, niezbędnej aby utrzymać się na rynku, a jednocześnie rozwijać swoją działalność gospodarczą, społeczną czy polityczną. Rozwój osób, firm czy krajów wymaga przedsiębiorczości na wszystkich stanowiskach w strukturach organizacyjnych. Dotyczy to menadżerów specjalistów i wykonawców. Działania rozwojowe muszą przebiegać w trzech kategoriach: rozwoju nauki, aplikacji w praktyce gospodarczej i społecznej oraz konsultingu.

Zagrożenia płynące z globalizacji mają charakter makroekonomiczny generując realne zagrożenia mikroekonomiczne dla działania współczesnych organizacji gospodarczych, społecznych i politycznych. Przedsiębiorstwa stoją przed koniecznością wypracowania strategii działania, niezbędnej w turbulentnym i nieprzewidywalnym otoczeniu. Co więcej, można stwierdzić, że dotychczasowe doświadczenia i sprawdzone wcześniej metody czy techniki organizacji i zarządzania są w obecnym momencie coraz mniej użyteczne. Wzrasta rola przedsiębiorczości, rozumianej jako postawa i heurystyczne narzędzie organizacji.

Rozumiejąc wagę tych zagadnień Społeczna Akademia Nauk (Katedra Zarządzania), Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie (Katedra Ekonomiki i Organizacji Przedsiębiorstw) oraz Clark University, Worcester, Massachusetts, USA w ramach Światowego Tygodnia Przedsiębiorczości organizują w Łodzi w dniach 14–16 listopad 2012 r.

II Międzynarodową Konferencję Naukową
„PRZEDSIĘBIORCZY MENEDŻER PRZEDSIĘBIORCZEJ
ORGANIZACJI – Nowoczesne tendencje w nauce oraz praktyce
organizacji i zarządzania”

Ambicją tej konferencji jest zmierzenie się z potrzebami wynikającymi z obecnej rzeczywistości gospodarczej, w zakresie zarówno przewidywania zagrożeń, jak i kompleksowej diagnozy sytuacji aby określić kierunki optymalnych rozwiązań w sferze organizacji, zarządzania, formułowania i implementacji strategii przedsiębiorczej organizacji. Dyskusje mają dotyczyć szeroko rozumianej przedsiębiorczości poczynając od akademickiej poprzez gospodarczą, społeczną, aż po polityczną dla sprostania wymaganiom współczesności.

Organizatorzy zakładają, że konferencja zapewni doskonałą okazję do wymiany myśli oraz aktywnej dyskusji na temat globalności zjawiska przedsiębiorczości w XXI wieku. Zakres tematyczny obejmuje następujące obszary problemowe:

- ✓ Przedsiębiorczość menedżera oraz innowatora
- ✓ Organizacja przedsiębiorcza – intraprzsiębiorczość
- ✓ Nowoczesne metody organizacji i zarządzania oraz konsultingu
- ✓ Kreowanie i wspieranie przedsiębiorczości oraz Przedsiębiorczość akademicka
- ✓ Firmy rodzinne jako szczególny rodzaj przedsiębiorczości
- ✓ Internacjonalizacja a przedsiębiorczość
- ✓ Innowacje teoria i praktyka
- ✓ Nauka a biznes – transfer technologii
- ✓ Logistyka a przedsiębiorczość
- ✓ Kształcenie i doskonalenie

Więcej informacji:

www.konferencja.przedsiębiorczosc.swspiz.pl